

MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

TESIS DE MAESTRÍA

**Detección, por parte de las Comadres, de mujeres embarazadas en
situación de vulnerabilidad social y con riesgo de violencia familiar.**

**El caso de Beneficiarias del Plan Más Vida
en el Partido de Esteban Echeverría.**

DIRECTORA DE TESIS: Master Susana Malacalza.

MAESTRANDA: María P. Miguel

Noviembre 2012

Tribunal de Defensa

RESUMEN

Este trabajo centra su interés en abordar la problemática de la violencia familiar desde una perspectiva integral; enfatizando la importancia de la detección temprana por parte de las Comadres, actor social creado por una política alimentaria en la Provincia de Buenos Aires.

Parte de un breve análisis de las Políticas Sociales en la década de los 90; destacando a las políticas alimentarias y haciendo especial mención al Programa Alimentario creado por el Gobernador Duhalde.

A partir del desarrollo del Programa alimentario bonaerense, centra su interés en el subprograma Aprendizaje en la Acción para Cuidados Familiares, destacando el rol de las Comadres en la detección de la violencia familiar en las mujeres embarazadas beneficiarias del sub- programa.

Este aporte resignifica a la Comadre dentro de su trabajo territorial, al poder participar en una red social que pueda aportar contención y prevención hacia la mujer víctima de esta problemática.

Palabras claves Violencia Familiar- Comadres- Plan Más Vida- Detección -redes sociales, participación.

ABSTRACT

This paper focused on addressing the problems of family violence from an integral perspective; Emphasizing the importance of early detection by the wives social actor created by a food policy in the province of Buenos Aires. Part of a brief analysis of the social policies in the 1990s; highlighting food policies and with special mention to the food program created by the governor Duhalde. From the development of the food programme Buenos Aires, centers his interest in subprogramme learning in action for family care, emphasizing the role of the wives in the detection of domestic violence in pregnant women beneficiaries of the sub-programme. This contribution re-signifies the Comadre within his territorial work, to be able to participate in a social network that can provide containment and prevention towards women victims of this problem.

Agradecimientos

A mis amores; Dano y Malena, compañeros con los cuales transito este hermoso camino del vivir.

A mi madre, que con su ejemplo de vida, sembró en mí las semillas de la solidaridad, de la esperanza y de la resistencia creativa.

A Susana Malacalza, por su dedicación, generosidad y paciencia; sin su incondicional apoyo y profesionalismo no hubiera podido concretar este trabajo.

A todas las mujeres que a largo de mi camino, me han enseñado en sus historias de vida, a honrar a cada paso la vida!!!!

ÍNDICE

Resumen

Agradecimientos

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| Justificación..... | 2 |
| Marco teórico..... | 3 |
| Estado del arte | 6 |
| Consideraciones históricas..... | 9 |
| Estrategia Metodológica..... | 17 |
| Presentación de la estructura del trabajo de tesis..... | 19 |

CAPÍTULO I: *Las políticas públicas en materia alimentaria en la década de los 90*

| | |
|---|----|
| Precisiones conceptuales..... | 21 |
| Aspectos relevantes..... | 22 |
| Los programas alimentarios..... | 25 |
| El Programa alimentario nacional- PAN..... | 25 |
| El Prani..... | 26 |
| El programa Bono..... | 27 |
| Programa Prohuerta..... | 28 |
| Programa PAIS..... | 28 |
| Programa Promin | 29 |
| Programa social de la familia bonaerense Eva Perón..... | 30 |
| Plan Vida..... | 32 |
| Los CCI..... | 32 |
| Programa de emergencia alimentaria..... | 33 |

CAPÍTULO II: *El plan Vida*

| | |
|--------------------------------------|----|
| Introducción..... | 36 |
| Aspectos generales del plan..... | 36 |
| El subprograma comadres..... | 44 |
| Contenidos para la capacitación..... | 47 |

CAPÍTULO III: *La violencia*

| | |
|---|----|
| La violencia: precisiones conceptuales..... | 50 |
| Consideraciones sobre la violencia doméstica..... | 52 |
| Tipos de violencia doméstica..... | 56 |
| Violencia basada en el género..... | 57 |
| Efectos y costos de la violencia..... | 59 |
| Disposiciones Internacionales y legislativas en materia de prevención y protección hacia la violencia intrafamiliar..... | 60 |
| Legislación en Argentina..... | 61 |
| Estrategias y prevenciones: un enfoque integrado para abordar la violencia intrafamiliar. Modelo para comprender la naturaleza de la violencia..... | 62 |
| Niveles de planificación de estrategias..... | 66 |

CAPÍTULO IV: Construyendo redes: la importancia de la participación ciudadana, en la búsqueda de alternativas de transformación de la violencia intrafamiliar.

| | |
|---|----|
| Aproximaciones conceptuales..... | 70 |
| Redes Intersectoriales..... | 74 |
| Red Plan Más vida..... | 75 |
| Participación social en el marco de las redes sociales..... | 76 |
| Redes de prevención y atención para abordar la violencia familiar..... | 77 |
| Principios de las redes en el tratamiento de la violencia familiar..... | 78 |
| Funciones de las redes en prevención de la violencia familiar..... | 79 |

CAPÍTULO V: Trabajo empírico

| | |
|---|----|
| Estrategias de prevención hacia la violencia familiar en mujeres embarazadas beneficiarias del subprograma comadres | 82 |
| Problemas presentados durante la ejecución del trabajo..... | 87 |
| Hallazgos en el trabajo de campo..... | 87 |

| | |
|---------------------------|----|
| CONCLUSIONES | 97 |
|---------------------------|----|

| | |
|--------------------------|----|
| Reflexiones finales..... | 99 |
|--------------------------|----|

| | |
|---------------------------|-----|
| BIBLIOGRAFÍA | 102 |
|---------------------------|-----|

INTRODUCCIÓN

Justificación

La violencia intrafamiliar es un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población, especialmente a mujeres, niñas, niños, ancianas y ancianos. Esta violencia tiene una direccionalidad clara: en la mayoría de los casos es ejercida por hombres contra mujeres y niñas. Una forma endémica de la violencia intrafamiliar es el abuso de las mujeres por parte de su pareja.

La prevalencia tan significativa de la violencia intrafamiliar constituye un serio problema de salud pública, un obstáculo oculto para el desarrollo y una violación flagrante de los derechos humanos.

Ha sido objetivo de intervención de muchas políticas sociales, estudiando en particular a la desarrollada en la Provincia de Buenos Aires, a partir del año 1994.

El problema de la violencia doméstica contra las mujeres no es de reciente aparición, sino que se ha dado desde tiempos atrás, con severas repercusiones en la sociedad, en la comunidad y en las familias. Dicha situación se debe a la existencia de un sistema patriarcal, el cual es reproducido históricamente por medio de los procesos de socialización, estableciendo una serie de prácticas y roles que ponen en un estado de superioridad a los hombres sobre las mujeres.

La violencia conyugal ha sido estudiada, en cuanto a frecuencia y magnitud y como problema de interés legal.

Recientemente, se habla del costo económico enfocando los gastos que se hacen en el ámbito laboral y en salud para atender la violencia doméstica contra la mujer en nuestra sociedad. En algunas situaciones los hijos son la “herramienta” para romper con una relación de agresión, es decir que por el bien de ellos, la madre toma la decisión de romper con el ciclo de la violencia, dado que también se ven sumamente afectados por presenciar estos actos o por dirigirse hacia ellos directamente.

El problema de la violencia doméstica ha existido durante años, sin embargo, no es sino hasta fechas recientes que se le ha dado mayor importancia como un asunto cotidiano que afecta directa o indirectamente a distintos grupos poblacionales: personas adultas mayores y mujeres, entre otros.

El caso de la agresión hacia la mujer, sea esta física, sexual, psicológica o patrimonial, despierta el interés de diversos actores sociales, por lo que se visualiza el fenómeno como asunto público.

Todas las personas enfrentan diariamente condiciones de adversidad que afectan, no solamente su tranquilidad y seguridad, sino también su integridad física. Diversos tipos de violencia se reproducen de forma directa o indirecta en contra de la población en conjunto y de personas en particular. Igualmente se da en el ámbito público como en el privado.

Este trabajo se propone además, establecer si las Comadres pueden realizar detección temprana de las situaciones de violencia familiar, sufridas por las mujeres embarazadas.

La violencia hacia la mujer, en la mayoría de los casos es silenciosa e invisible, constituye una violación a los derechos humanos¹.

En diversos informes nacionales e internacionales, se evidencia que millones de mujeres en nuestra sociedad enfrentan cotidianamente situaciones violatorias a sus derechos, sea por acción, restricción o por omisión, La violencia de género no distingue edad, color de piel, identidad cultural, nacionalidad, opción religiosa, condiciones socioeconómicas y se da en espacios que trascienden la vida privada de la mujer. Las mujeres son objeto de acciones en contra de sus derechos en la casa, en el lugar de trabajo público o privado, así como a través de los medios de comunicación.

Diariamente, a gran cantidad de mujeres les hacen, dicen y suceden cosas en contra de su voluntad, formas específicas de violación de sus derechos humanos por su condición de género.

¹ Gutiérrez, Marías y otras. Maltrato Conyugal. Revista Costarricense de Trabajo Social (10): 40-49, nov. 1999.

Marco teórico

La violencia contra las mujeres y las niñas es una problemática mundial que sigue provocando muertes, torturas y mutilaciones, a nivel físico, psicológico, sexual y económico.

Representa una de las violaciones de los derechos humanos más difundidas, que niega a mujeres y niñas la igualdad, la seguridad, la dignidad, la autoestima y el derecho a gozar de las libertades fundamentales.

La violencia contra las mujeres está presente en todos los países, atravesando indistintamente todas las culturas, clases sociales, edades, niveles de educación, categorías económicas y grupos étnicos.

Si bien la mayor parte de las sociedades condena la violencia contra la mujer, la realidad muestra que frecuentemente las violaciones de los derechos humanos de las mujeres son autorizadas so pretexto de respetar usos y normas culturales o mediante la tergiversación de dogmas religiosos.

Además, cuando dichas violaciones se producen dentro del mismo hogar, como sucede muy a menudo, de hecho los abusos son tácitamente tolerados gracias al silencio y la pasividad de que dan pruebas el Estado y las autoridades responsables de la aplicación de la ley.

Ninguna sociedad puede jactarse de estar libre de dicha violencia: la única diferencia consiste en las formas y las tendencias que ella asume en los diferentes países y regiones.

Determinados grupos de mujeres son particularmente vulnerables frente a la violencia, como aquéllas que pertenecen a grupos minoritarios o indígenas, inmigrantes y refugiadas, las que se encuentran en situaciones de conflicto armado, las reclusas y detenidas, las discapacitadas, las niñas y las ancianas.

El término “violencia doméstica” comprende la violencia cometida contra mujeres y niñas por una persona con quien tienen una relación íntima, incluido el compañero con que conviven, y por otros miembros de la familia, ya sea que dicha violencia se produzca dentro o fuera de las paredes del hogar. Si bien reconocemos que existen también otras formas de violencia que son igualmente dignas de atención.

El término “doméstica” se refiere aquí, más que al lugar donde se manifiesta la violencia, al tipo de relación que existe entre quien comete la violencia y quien la padece.

Varios factores sociales y culturales, complejos y vinculados entre sí, a menudo institucionalizados, han mantenido a las mujeres en una posición de particular vulnerabilidad frente a las violencias dirigidas contra ellas, y todos ellos constituyen una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer. Los factores que influyen en estas relaciones desequilibradas de poder comprenden: los mecanismos socioeconómicos; la institución de la familia, en la cual encuentran expresión, precisamente, dichas relaciones de poder; el temor de la sexualidad femenina y el control que se ejerce sobre ella; la creencia en la superioridad innata del varón; y las sanciones legales y culturales que tradicionalmente niegan a mujeres y niños una condición de independencia legal y social.

La carencia de recursos económicos es la base en que se asientan la vulnerabilidad de las mujeres frente a la violencia y las dificultades en que ellas se encuentran para poder librarse de una relación violenta.

Los lazos que existen entre la violencia y la falta de recursos económicos, implican dependencia y forman un círculo vicioso. Por un lado, las amenazas de violencias y el terror de padecerlas impiden a la mujer buscar empleo o, en el mejor de los casos, la obligan a aceptar tareas mal pagadas y desenvueltas a domicilio, en las cuales se las explota.

Y por otro, sin conseguir la independencia económica, la mujer no tiene la posibilidad de escapar al abuso sufrido dentro de la relación².

También puede valer el contrario de este argumento; es decir, que la creciente importancia de las actividades remunerativas y de la independencia económica

² Schuler S.R., Hashemi S.M., Riley A.P. y Akhter S., *Credit Programs, Patriarchy and Men's Violence against Women in Rural Bangladesh*, Soc. de Medicina Cient., vol. 43, N° 12, págs. 1729-1742, 1996

de las mujeres se percibe como una amenaza que, a su vez, lleva a un aumento de las violencias por parte de los hombres³.

Esto se verifica particularmente cuando el compañero de sexo masculino está desempleado y siente que su autoridad dentro del hogar está en peligro.

En tiempos pasados, las tradiciones religiosas e históricas han sancionado los castigos y el maltratamiento de las esposas. En particular, los castigos corporales aplicados a la propia mujer eran aprobados en virtud de la idea de que el hombre ejercía el derecho de autoridad y propiedad sobre su mujer. El control del patrimonio familiar por parte del hombre inevitablemente ponía en sus manos la autoridad de tomar decisiones, conduciendo al dominio del varón y a su derecho de propiedad sobre mujeres y niñas.

Las mujeres deben recibir apoyo concreto por parte de todos los sectores implicados en la cuestión: el sistema jurídico penal, la sanidad, las autoridades responsables del bienestar social, y el sector privado.

Deben asimismo poder contar con el sostén de las redes informales de contacto, tales como la familia, los amigos, los vecinos y los grupos de la comunidad local.

Los grupos de la comunidad y las instituciones gubernamentales deberían recibir formación adecuada para identificar a las mujeres, hombres, adolescentes y niños de ambos sexos que corren peligro de ser víctimas de la violencia doméstica, y para poner a su disposición servicios confidenciales y de fácil acceso.

Donde no se disponga de dichos servicios, es necesario ayudar a las comunidades a establecer mecanismos locales de apoyo para las mujeres adecuados a las características culturales específicas del lugar.

La violencia doméstica en la vida de la comunidad da como resultado la toma de conciencia de la importancia de prevenir que se cometa dicha violencia en perjuicio de las mujeres y los niños.

³ CEPAL, (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 'Domestic Violence against Women in Latin America and the Caribbean: Proposals for Discussion', División para el Desarrollo Social, Santiago, Chile, 1992.

El desarrollo de respuestas integradas a la violencia doméstica mediante la participación de los grupos comunitarios, de los funcionarios sanitarios locales y de las mujeres, sirve para garantizar la sostenibilidad de las actividades y la responsabilización de las personas involucradas, esto representa de por sí un importante paso adelante.

Por último, los recursos humanos y económicos son un elemento clave para la elaboración de todo programa y para su realización concreta.

Estado del arte

No hace mucho tiempo que se ha comenzado a estudiar esta problemática; visualizando que existen diferentes manifestaciones de esta violencia: la violencia intrafamiliar, la discriminación y acoso laboral, hostigamiento sexual, la violación, la prostitución obligada, el incesto, la maternidad forzada, el abandono por parte de su compañero y el incumplimiento en el pago de las pensiones alimentarias, el despido por razones de embarazo, la negación a la esterilización de las mujeres adultas que así lo desean, el uso precisamente por el único y exclusivo hecho de ser mujeres del cuerpo femenino como objeto de entretenimiento masculino, la discriminación y desatención a la que es sometida por los sistemas judiciales, los tratos degradantes en instituciones penitenciarias, el embarazo y la maternidad de niñas y mujeres adolescentes sin que exista un padre que se responsabilice, las detenciones arbitrarias a mujeres en prostitución, los diversos tipos de restricciones para acceder en condiciones de igualdad a cargos de elección popular, el menosprecio de sus capacidades intelectuales y laborales que se manifiesta en el no nombramiento de mujeres en puestos de dirección, entre otros.

Carcedo y Zamora⁴, en su artículo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia doméstica, mencionan que a éstas no les es fácil tomar la decisión inmediata de abandonar al agresor sino que, por el contrario, es una

⁴ Carcedo, Ana y Zamora, Alicia. Ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar: el caso de Costa Rica. San José: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1999.

situación dolorosa y pese a ser lo deseable no siempre ocurre. Mencionan como claves del éxito: redes de apoyo familiar, intervenciones institucionales efectivas, espacios de contención y formación para mujeres y fundamentalmente las decisiones personales de cortar con el ciclo de la violencia. En la investigación, se documentan las acciones tomadas y ejecutadas por la mujer afectada por la violencia doméstica y las respuestas o servicios recibidos, lo cual ocurre en un proceso dinámico y complejo, cuando la víctima ya ha sido sumamente afectada.

Al respecto, Sagot⁵, refiere según el estudio de casos en diez países de América Latina, que el camino que siguen las mujeres para salir de la violencia empieza con la decisión de apropiarse de sus vidas. Este estudio, que lleva el nombre de Ruta Crítica, se llevó a cabo utilizando un protocolo diseñado en el marco de un programa coordinado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Se recopilan experiencias de mujeres de diez comunidades de países de la región y la respuesta de los prestatarios de servicios entre 1996 y 1998.

La autora concluye, afirmando que la violencia es un problema social, en cuya percepción existen representaciones patriarcales. Además, que las mujeres inician la ruta en momentos críticos, siguiendo una trayectoria que no es lineal y que por medio de acciones construyen decisiones. Este proceso es difícil evaluarlo y comprenderlo desde fuera, lo que puede repercutir en que los prestatarios de servicios respondan en forma poco apropiada ante la falta de mecanismos de seguimiento.

En general, desde la implementación de políticas públicas que trabajan este tema, se ha visto que la principal responsabilidad de terminar con la relación de violencia es de las mujeres.

Fernández Leiva⁶, en su tesis sobre los aspectos psicosociales del ciclo de la agresión contra la mujer, afirma que existen estructuras, mitos y roles

⁵ Sagot, Monserrat, La ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia doméstica intra familiar en América Latina. Estudio de caso de diez países. Organización Panamericana de la Salud. Programa mujer, salud y desarrollo. 2000.

⁶ Fernández Leiva, Mayra. Análisis psicosocial del ciclo de agresión contra la mujer dentro del vínculo de la relación conyugal. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología: Universidad de Costa Rica. San José. 1996.

responsables de perpetuar la jerarquía sexual, que a su vez respalda a la violencia. Esto se da a través de la educación formal, la familia, la religión y el ambiente social, sucediendo como consecuencia un deterioro general progresivo, que afecta la integridad y la realización personal.

Entre sus conclusiones, señala tres aspectos que reflejan mitos sobre las relaciones de pareja, los cuales condicionan la actitud de la mujer para enfrentar la violencia: el primero se relaciona con la idea de que el matrimonio es “para siempre” y, por tanto, la mujer debe permanecer en él y soportar la relación de maltrato; el segundo, refiere cómo algunas mujeres al unirse a un hombre suelen creer que este es un “príncipe azul” incapaz de hacerles daño, más bien protector y posteriormente se “convierte en sapo”; y el tercero, refleja el concepto que se tiene con respecto a que la única forma de calmar el comportamiento violento del agresor es “humillarse”, conducta asumida por varias de las mujeres en ese estudio.

Eva Gilberti⁷, destaca que la violencia de género en cualquier ámbito que se manifieste, se constituye en una estrategia de la producción de la desigualdad, al producir consenso con respecto a la "naturalidad" de la inferioridad femenina. Enfatiza que *“si la mujer es inferior, será natural su lugar secundario o de subordinación; este consenso ha alcanzado a las propias mujeres, que durante siglos han desarrollado sus posibilidades de vida dentro de las limitaciones que el concepto de su inferioridad las ha impuesto. Desigualdad – discriminación - violencia forma parte de un particular circuito de realimentación mutua que se despliega a través de las diversas formas de aceptación que legitiman tanto la desigualdad como las prácticas discriminatorias y, a la vez, invisibilizan los violentamientos...”*.

Ha sido preocupación del Estado abordar la prevención y asistencia de la violencia intrafamiliar, en sus múltiples manifestaciones, es una problemática compleja que debe ser atendida intersectorialmente.

El plan Vida, mediante el subprograma Comadres, se ocupó de abordar intersectorialmente esta problemática.

⁷ -Gilberti, Eva: *La mujer y la Violencia invisible*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1989. 8

La Comadre es una mujer referente en su barrio que realiza la detección, acompañamiento y la contención de la mujer embarazada y de los niños hasta los dos años de edad, teniendo como tarea la detección de situaciones de violencia intrafamiliar para referenciarlas a los Centros de Salud y de desarrollo Municipales, y, en forma mancomunada, asistir y prevenir en esta problemática.

La tarea de la Comadre ha sido la de facilitar y propiciar la inclusión de la embarazada al sistema de salud, realizando un acompañamiento a través de visitas periódicas al domicilio de la mamá, construyendo un vínculo personal que contribuya a este objetivo.

Simultáneamente la comadre –desde el diseño del subprograma– debía establecer un nexo con el sistema de salud, reuniéndose también con la frecuencia que establezca el profesional, o sea la obstétrica del Centro de Atención Primaria de Salud del barrio, a los efectos de intercambiar datos e información sobre cada embarazada.

Dada la importancia del rol preventivo asistencial conferida a las Comadres, he considerado primordial la detección temprana de situaciones de violencia familiar en la población que ellas asisten, ya que los efectos de la violencia pueden ser devastadores para la salud reproductiva de la mujer y para otros aspectos de su bienestar físico y mental. Además de causar lesiones, la violencia lleva a que aumente el riesgo de la mujer, a largo plazo, de desarrollar otros problemas de salud, como dolores crónicos, discapacidad física, uso indebido de drogas, alcohol y depresión⁸.

Consideraciones históricas:

Según el Informe Mundial de la OMS sobre la Violencia y la Salud, realizado en Ginebra recientemente, cada año más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. La OMS define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que cause o

⁸ El Estado Mundial de la Infancia presentado por UNICEF, en el año 2001.

tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La violencia no afecta sólo a las clases económicas y culturalmente débiles, sino a todos los grupos. No es fruto de ninguna enfermedad mental ni de ninguna adicción, sino de la consolidación de un sistema de poder y de relaciones sociales basado en la dominación y no en la igualdad entre ambos sexos.

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades pero a menudo no es reconocida y se acepta como parte del orden establecido. La información de que se dispone sobre el alcance de esta violencia a partir de estudios científicos es todavía relativamente escasa.

Sin embargo, la violencia contra la mujer en el hogar se ha documentado en todos los países y ambientes socioeconómicos, y las evidencias existentes indican que su alcance es mucho mayor de lo que se suponía.

La violencia contra las mujeres siempre tiene un impacto severo en su salud física y mental, y debe considerarse como un problema de salud pública de primera prioridad. Las mujeres deben tener acceso amplio y oportuno a la información y orientación respecto a leyes e instrumentos que las protegen y cómo utilizarlos. La violencia doméstica, la más extendida de todas las expresiones de la violencia con base en el género, puede manifestarse por agresiones físicas directas como golpes de diversa intensidad, con las manos, con instrumentos o armas; quemaduras; intento de ahorcamiento; abuso y violación sexual.

Y también por violencia psicológica, a través de ofensas, humillación, coerción, descalificación, chantajes, amenazas de tipo económico o emocional, control de lo que se dice o hace, de la forma en que se viste, de las amistades, de las relaciones con la familia, con los compañeros de trabajo, etc. En casos extremos, pero cada vez más habituales, puede llegarse al asesinato de la mujer, o sea, cometerse un *femicidio*.

La mujer agredida, además de las lesiones físicas graves o menos graves, presenta baja autoestima, depresión, temor permanente, sentimientos de vergüenza y humillación, dependencia emocional hacia su pareja y temor al abandono, aislamiento. Asimismo, minimiza la extensión e intensidad del abuso que recibe y, al mismo tiempo, se siente culpable por lo que sucede. Depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, pesadillas recurrentes, sentimientos de humillación y autoculpabilización, problemas en el ejercicio de la sexualidad, posibilidad de embarazo y contagio de alguna infección de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, son las principales consecuencias, aunque no las únicas.

El problema de la violencia contra la mujer es enorme y preocupante. No hay respuestas fáciles. El sector de la salud no puede resolverlo por sí solo. Pero la sensibilidad y el compromiso pueden empezar a marcar una diferencia.

El sistema de atención de salud juega un papel importante junto con muchos otros sectores, como los servicios judiciales, policiales y sociales. Sin embargo, los sistemas mencionados no están en general preparados para abordar las consecuencias de la violencia o incluso reconocer los signos.

Los trabajadores de salud y agentes comunitarios deben estar capacitados para reconocer los signos obvios de la violencia al igual que los más sutiles y para satisfacer las necesidades de salud de la mujer en este sentido. Las personas que trabajan en la comunidad, los centros de salud y los consultorios pueden oír rumores que una mujer está siendo golpeada o un menor abusado, o advertir pruebas de la violencia cuando la mujer se hace atender por otras afecciones.

Las mujeres agredidas deben ser acogidas con prontitud, sensibilidad, respeto y empatía por las distintas instancias encargadas de su atención, en especial, por el personal de la salud, personal policial y judicial. Deben recibir, además, los servicios necesarios para aminorar los daños a su salud integral y prevenir embarazos no deseados y contagio de infecciones de transmisión sexual, en caso de sexo forzado.

La violencia basada en el género debe ser enfrentada a partir de un enfoque multidisciplinario y multisectorial; su erradicación debe constituir, además, un compromiso de la sociedad en su conjunto en términos de eliminar la “naturalización” de la violencia contra las mujeres y toda conducta discriminatoria que las afecte.

La decisión de proteger la salud integral de las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital, defiende y promueve una cultura de paz, de igualdad y equidad como condición central de la vida, integridad y salud de las mujeres y de la población en general.

La violencia contra la mujer también puede tener repercusiones intergeneracionales. Por ejemplo, los varones que son testigos de las golpizas que sus madres reciben de sus compañeros tienen mayor probabilidad que otros niños de usar la violencia para resolver desacuerdos cuando sean adultos. Las niñas que presencian el mismo tipo de violencia tienen mayor probabilidad que otras niñas de establecer relaciones en las que serán maltratadas por sus compañeros. Por lo tanto, la violencia tiende a transmitirse de una generación a la siguiente.

Los efectos de la violencia pueden ser devastadores para la salud del que la padece, para el grupo familiar y comunitario. Además de causar lesiones, la violencia hacia la mujer, lleva a que aumente el riesgo a largo plazo de desarrollar otros problemas de salud, como dolores crónicos, discapacidad física, uso indebido de drogas y alcohol y depresión. Las mujeres con una historia de maltrato físico o abuso sexual también enfrentan un riesgo mayor de embarazos involuntarios y resultados adversos del embarazo.

En la actualidad muchas patologías traumáticas, psíquicas y psicosomáticas padecidas por mujeres y menores son debidas a agresiones físicas recibidas en el medio doméstico o familiar.

La detección temprana de las personas víctimas de violencia es un requisito indispensable para darles seguridad, asistencia, protección y constituye el primer paso para detener el maltrato físico y el abuso sexual.

La problemática de violencia intrafamiliar es intersectorial y la ejecución de programas gubernamentales debería abordar a la violencia intrafamiliar. Y este aspecto ha sido para la autora, de vital importancia al elegir el tema de este trabajo.

La elección de la política pública –Plan más Vida, sub-programa Comadres–, obedeció a que ha sido el programa más importante desarrollado dentro de la Provincia de Buenos Aires, en cuanto a su magnitud y sostenimiento. Hoy lleva diez y ocho años de vida, y ha pasado por varias modificaciones a lo largo de toda su historia. Este programa, tiene como objetivos el trabajo territorial, desplegando acciones preventivo/asistenciales integrales que mejoren la calidad de vida de los beneficiarios del Programa. (Niños/as y mujeres en general).

Este programa fortalece las redes sociales comunitarias, generando el protagonismo de las mujeres, en la búsqueda de los problemas cotidianos comunitarios. Es un eje del programa, el cuidado de la salud en todas sus manifestaciones, así como la intermediación con el sistema de salud local.

El Plan Vida de la provincia de Buenos Aires surgió como respuesta al aumento de los índices de desocupación y pobreza en el territorio de la Provincia de Buenos Aires durante la década de los 90.

Como expresión de la reforma del Estado dentro del ámbito de las políticas sociales, el Plan Vida representó una nueva visión de la cuestión social y una nueva forma de intervención del Estado en la sociedad⁹.

A partir de la implementación en 1994 del denominado “Plan Vida”, en la provincia de Buenos Aires, se ha extendido y consolidado una estructura organizativa de mujeres voluntarias (denominadas “manzaneras” y “comadres”) encargadas de la puesta en marcha de una intervención nutricional materno-infantil destinada a la población con necesidades básicas insatisfechas del distrito.

⁹ Documento Base- Plan Más Vida- Ministerio de Desarrollo de la Provincia de Bs. AS., año 2003.

Estas trabajadoras vecinales tienen como función principal la distribución cotidiana en los hogares del barrio de la leche y de la mercadería que este programa otorga y el seguimiento de las condiciones de salud nutricional de los beneficiarios.

El Plan Vida, que originalmente fue diseñado para implementarse sólo en el Gran Buenos Aires, se recortó sobre la problematización de la cuestión Social que fundamentaba la creación del Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense.

En otras palabras, la decisión de llevar adelante un programa nutricional que atendiera las necesidades de las familias del Conurbano también se apoyó en una narrativa que sostuvo que la gravedad de la situación social de este conglomerado entrañaba “riesgos” a partir de la alta concentración de población total: los índices (en aumento) de confrontación social.

El lanzamiento del Plan Vida en agosto de 1994 fue, por una parte, la Respuesta asistencial que el gobierno provincial adoptó para paliar las Carencias de un sector de la población que, en el escenario de mediados de la década de 1990, se encontraba en condiciones de vulnerabilidad como consecuencia del ajuste estructural que llevó adelante la coalición gobernante a nivel nacional y, por otra parte, fue considerada por Duhalde como una intervención estratégica para poder presentar su proyecto político como alternativa superadora del menemismo en el mediano plazo.

Específicamente, el inicio de la implementación del Plan Vida se sitúa en una coyuntura política de gran relevancia para los planes políticos.

En agosto de 1994 estaban sesionando la Convención Constituyente Nacional y la Convención Constituyente Provincial; además, en octubre del mismo año el gobernador tuvo que someter la reforma del artículo de la Constitución que lo habilitaba a un nuevo período de mandato a un plebiscito vinculante que requería un 50% de votos afirmativos para ser ratificado.

Asimismo, a mediados de la década de 1990, en el Conurbano Bonaerense, comenzaba a instalarse —cada vez con mayor intensidad— la “inseguridad” como problema prioritario en la agenda pública.

Este Programa se centra en el trabajo en la mujer, dándole además un protagonismo que no era reconocido en otras políticas sociales alimentarias.

Las referentes barriales –Manzaneras y Comadres– cuentan con un Lugar privilegiado en las redes informales de protección y control. Las manzaneras ejercen el poder de abajo y son parte de la ejecución y administración de esta política pública. Jerárquicamente no sólo están subordinadas a todo un conjunto de funcionarios administrativos de toda escala (aun operadores menores como, por ejemplo, a la asistente social del barrio) sino que, incluso, están al servicio de las familias beneficiarias del Plan. Las trabajadoras vecinales asisten a las familias populares y este vínculo con los beneficiarios también les habilita una mirada desde abajo.

La particular distribución de alimentos que estipula este programa social —que requiere que los beneficiarios acudan cada dos días a la casa de la manzanera a retirar la mercadería, durante seis años— permite el despliegue de esta mirada de “abajo” y, en este sentido, las familias beneficiarias se encuentran cotidianamente en la situación de ser miradas.

El programa le da un lugar central a las intervenciones ligadas al “*maternaje*” de las mujeres, es decir, las que refuerzan una identidad femenina vinculada a la maternidad.

De este modo, las prácticas de las manzaneras y comadres del Plan Más Vida se complementan en una constelación de poder más amplia en la cual las mujeres, en tanto madres o potenciales madres, son objeto de políticas.

En tanto expresión de cómo la reforma del Estado se proyectó al ámbito de las políticas sociales, el Plan reconoció criterios de focalización, descentralización, y el asistencialismo clásico. Sin embargo, algunos autores han señalado como novedoso la dimensión de participación de la sociedad civil promovida por la presencia del cuerpo de manzaneras y luego comadres, que solidariamente realizan el trabajo voluntario. Esta estructura de actores construida desde conceptos como Voluntariado, Solidaridad, ayuda al prójimo, por fuera de los marcos del Estado, determinó una práctica social y un tipo de relación social que permitió el manejo clientelar de los recursos del Plan.

La identificación del cuerpo de manzaneras con el partido político gobernante explicó la proyección política del plan vida como herramienta generadora de consensos y contenedora de conflictos sociales.

Las trabajadoras vecinales —tanto manzaneras como comadres— afrontan tareas vinculadas directamente con el Plan Más Vida, como la distribución cotidiana de alimentos, el cuidado de la salud de los niños y de las madres embarazadas beneficiarios del programa (vacunas, controles sanitarios y controles de nutrición), pero, al mismo tiempo, adquieren un creciente protagonismo en las situaciones conflictivas en el barrio.

La implementación del Plan Más Vida requirió la organización de los vecinos para lograr todos los objetivos diseñados, desde la distribución de los alimentos, hasta los seguimientos de los controles de salud y la concreción de estrategias educativas. La articulación de una red de trabajo voluntario se constituyó en un recurso indispensable para esto, promoviendo también acuerdos de trabajo con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Este programa, ocupado en la aplicación de políticas públicas de asistencia y gestión de lo social, está centrado en la mujer como sujeto de asistencia (con la concepción que ésta representa desde su lugar en la familia, un eje comunitario).

El Sub-Programa Comadres fue una iniciativa del Gobierno de la Provincia de Buenos, y surgió como respuesta a la detección del alto índice de embarazos adolescentes, embarazos con falta de controles adecuados y con sus consecuencias, como embarazos de riesgo debido a la aparición de diversas patologías que no son detectadas a tiempo y por consiguiente no pueden ser revertidas¹⁰.

También ha sido objetivo de este Sub-Programa la detección precoz del embarazo y la promoción de los cuidados necesarios durante ese periodo para la prevención de posibles situaciones patológicas que afecten el desarrollo físico e intelectual del niño. La Comadre no solo debía realizar la detección,

¹⁰ Ministerio de Desarrollo de la Provincia de Buenos Aires.-Documento Base- Plan Más Vida-2003.

sino encargarse también de establecer articulaciones con los Centros de Salud del barrio, garantizando así el efectivo tratamiento de la mujer embarazada a nivel integral.

Para abordar a nivel preventivo/asistencial a las personas víctimas de violencia, la Comadre y los referentes barriales deben desplegar mecanismos de detección y de sensibilización pública, de escucha y denuncia, accesibles para mujeres, niñas, niños y adultos(as) mayores: centros de orientación y líneas telefónicas de denuncia que faciliten la demanda de ayuda.

El Programa Alimentario Más Vida, de la Provincia de Buenos Aires, a través del Sub-programa Comadres, ha visualizado la importancia del trabajo precoz, para combatir esta problemática.

Estrategia metodológica

La investigación es de carácter descriptivo y centró el estudio en el rol de la Comadre, actor social, que a partir del rol dentro de esta política alimentaria ha debido articular acciones dentro de la comunidad de referencia y en especial con el Sector Salud, promoviendo la atención y cuidado de la salud en las mujeres embarazadas.

El estudio se preocupó por determinar si el subprograma “Aprendizaje en la Acción para Cuidados Familiares” ofrecía los instrumentos y herramientas básicos para que estas agentes comunitarias pudieran realizar en forma eficaz la detección de la violencia familiar.

Este trabajo también incorpora junto a la revisión histórica del fenómeno en estudio, un modelo de comprensión de la violencia familiar, enfatizando estrategias colectivas para el tratamiento eficaz de esta problemática.

Se aplicaron entrevistas a la totalidad de las Comadres de los barrios seleccionados, destacando que esta selección obedeció a la Coordinación del Programa Municipal.

El trabajo empírico centró su interés en precisar las destrezas, competencias y saberes para la detección de la violencia familiar que las comadres han acumulado a lo largo de su historia de vida

Es de destacar que este trabajo de campo, ha sido fruto de una investigación realizada en la UNLZ (Universidad Nacional de Lomas de Zamora), y que ha sido reconocida por el Ministerio de Educación de la República Argentina

Presentación de la estructura del trabajo de tesis

Este trabajo es fruto de una destacada labor de indagación sobre la problemática de la violencia familiar, situándola en el contexto histórico/político /legal y articulando la prevención de la violencia, con la aplicación de una política pública alimentaria.

El primer capítulo, introduce consideraciones sobre las políticas alimentarias a partir de la Década de los 90, y desarrolla las políticas en este tema, aplicadas en nuestro país en esta década.

Se profundiza, en el segundo capítulo, el Programa alimentario Vida, creado en la Provincia de Buenos Aires en el año 1994, centrándose en el Subprograma Comadres.

El tercer capítulo inicia un desarrollo teórico acerca de consideraciones conceptuales sobre el término violencia. Desarrolla además, disposiciones Internacionales y legislativas en materia de prevención y protección en relación con la violencia intrafamiliar, aportando para la comprensión de este objeto de estudio el modelo ecológico.

El cuarto capítulo aborda la importancia de la participación social como desarrollo de mejoras en la calidad de vida de las comunidades. Fortalece la importancia del trabajo en red e intersectorial para poder dar respuestas eficaces en la promoción de la prevención y asistencia contra la violencia doméstica.

La autora enfatiza la importancia del tramado social territorial, revalorizando el rol de la Comadre dentro de la política pública estudiada. Integra como parte destacada al presente trabajo, en el capítulo quinto, los contenidos centrales de la Investigación efectuada en año 2006/2007 en la UNLZ, sobre la detección de la violencia familiar en madres beneficiarias del Plan Más Vida, dentro del Municipio de Esteban Echeverría, Provincia de Buenos Aires.

Se culmina con reflexiones finales a partir de las indagaciones y desarrollos vertidos.

CAPÍTULO I: LAS POLITICAS PUBLICAS EN MATERIA ALIMENTARIA EN LA DECADA DE LOS 90

“Donde existe una necesidad nace un derecho”

Eva Duarte de Perón

PRECISIONES CONCEPTUALES

Las políticas sociales alimentarias son intervenciones públicas (estatales o no) destinadas a influir en el consumo de alimentos, asumen diferentes maneras e históricamente se puede decir que, en diferentes momentos, se ha dado el predominio de alguna de ellas.

Las estrategias más frecuentemente empleadas son intervención en la cadena alimentaria (subsidios, controles y regulación de precios de alimentos en el mercado para reducir su costo), distribución gratuita de alimentos (bolsones de alimentos, financiamiento de compras a grupos multifamiliares, distribución de alimentos a instituciones –comedores escolares, comedores comunitarios, por raciones o viandas—.

En nuestro país, hasta la década del ochenta, la modalidad predominante es la subvención de alimentos de consumo popular –directa o indirectamente– desde el Estado nacional, intervención que desaparece con el Plan de Convertibilidad en 1991.

Por otro lado Grassi y Hintze¹¹, definen a las políticas sociales alimentarias como las intervenciones públicas destinadas a incidir en el consumo de alimentos y señalan como modalidades principales las siguientes:

1-Intervención directa en algunos puntos de la cadena alimentaria; Subsidio a los controles y regulación de precios en el mercado para reducir el precio de alimentos. Asimismo se considera prioritario que los productos que componen la canasta básica de alimentos estén exentos de IVA, cuando el comprador sea consumidor final, el Estado Nacional, Provincial ó Municipal y los comedores escolares.

2 -Distribución de alimentos en forma gratuita a familias. Existen diferentes modalidades entre las que podemos enumerar: distribución de bolsones de alimentos, financiamiento de compras a grupos multifamiliares, distribución de tickets, distribución de alimentos a instituciones (comedores escolares, por raciones, en becas, y viandas). Es importante remarcar la diferencia de aquellos planes o programas que han tenido la participación de profesionales

¹¹ GRASSI, Estela, HINTZE, Susana María Políticas Sociales, crisis y ajuste estructural, Espacio Editorial, Buenos Aires, 1994.

nutricionistas, de los que no. En este sentido el Programa Pro Bienestar del INSSJyP-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados tiene una experiencia acumulada, pasible de ser tenida en cuenta para un plan que multiplique a sus beneficiarios.

3 -Apoyo a la producción de alimentos para el autoconsumo (Huertas familiares y comunitarias, cría de gallinas, cunicultura, piscicultura y ranicultura). Es importante recuperar y profundizar experiencias que se han hecho en los últimos años en tanto formas de organización que han mejorado las capacidades de resolución de la problemática alimentaria, entre ellas se puede hacer mención del programa PROHUERTA que cuenta con un importante modelo de gestión que puede ser tomado por otras iniciativas que se vinculen con la auto sustentabilidad alimentaria.

Una cuarta modalidad que no menciona Grassi y Hintze pero que se puede considerar es el concepto de Educación Alimentaria–Nutricional. La Educación Alimentaria-Nutricional (EAN) merece ser considerada un componente esencial cuando se plantean intervenciones que apuntan a mejorar la alimentación y nutrición de toda una población. Se concibe a ésta como un proceso dinámico a través del cual los individuos, las familias y su comunidad adquieren, reafirman o cambian sus conocimientos, actitudes, habilidades y prácticas, actuando racionalmente en la producción, selección, adquisición, conservación, preparación y consumo de los alimentos, de acuerdo a sus pautas culturales, necesidades individuales y a la disponibilidad de recursos en cada lugar. El propósito fundamental de la EAN es desarrollar en las personas la capacidad para identificar sus problemas alimentario-nutricionales, sus posibles causas y soluciones y actuar en consecuencia con el fin de mejorar el estado nutricional personal, familiar y de la comunidad.

ASPECTOS RELEVANTES

En la década del 90 se implementaron en la Argentina un conjunto de cambios en la economía y en el estado cuya densidad y magnitud terminaron de configurar una nueva estructura social, resultado de una estrategia sostenida en la desregulación y apertura de los mercados, la privatización,

la focalización y la descentralización de las políticas sociales. La desigualdad y la exclusión son las notas centrales de la estructura social vigente.

Desde comienzos de la década del 90' los bienes públicos como la salud, la educación y la seguridad social, cuya provisión y regulación habían estado históricamente a cargo del estado, perdieron eficacia operativa, eficiencia y equidad distributiva y se redujo su cobertura y la calidad de sus prestaciones. La contracción del rol del estado y el retiro de sus funciones redistributivas; el importante aumento de las tasas de desocupación ocurrido durante la década de los 90' y los primeros años del 2000 y la ampliación de las desigualdades del ingreso han puesto a algunos sectores de la población en una particular desventaja, produciendo una drástica disminución de las condiciones de reproducción de amplios sectores sociales. Este proceso afectó fuertemente las condiciones de vida de los grupos de menores ingresos, generando impactos diferentes en las variadas categorías que lo componen, incrementando la nueva pobreza.

El plan de convertibilidad, en 1991, aumentó relativamente el costo de los alimentos, situación agravada en el segundo quinquenio de la década por la pérdida de puestos de trabajo, la reducción del poder adquisitivo de los salarios y el debilitamiento progresivo de la ayuda pública. En forma progresiva, en esta década, los gobiernos locales desarrollaron con financiamientos diversos programas de asistencia alimentaria orientados a paliar las consecuencias de la pobreza y el desempleo. La gestión de estos programas se organizó bajo un esquema desconcentrado a través de los niveles subnacionales –provincias y municipios–, algunos han estado financiados con fondos externos, otros con el presupuesto nacional y/o provincial.

Estos programas estuvieron en general orientados a paliar problemáticas específicas de determinados grupos poblacionales (madres embarazadas, menores de 2 años, menores entre 2-5 años, niños en edad escolar, ancianos, desnutridos) y han tenido distintos atributos que dieron cuenta de una diferente flexibilidad en su implementación, distinta regularidad en las prestaciones y diferente capacidad para ser resignificado/reorganizado desde su gestión local. Las instancias locales se han limitado a operar como gestoras

en la asignación de los recursos o, en aquellos casos, con un mayor desarrollo de su capacidad institucional, a reorganizarlos en el marco de una política local más amplia.

Las iniciativas con pretensión de integralidad tuvieron un alcance limitado y profundas dificultades para garantizar su financiamiento y las articulaciones interinstitucionales necesarias para su desarrollo. Sin embargo, y a pesar de las pretensiones enunciadas, en su mayoría se han caracterizado por segmentar el problema, es decir, recortar un aspecto de la necesidad de los hogares y organizar la asignación de recursos específicos en función de reglas de juego también específicas (criterios de focalización, criterios de elegibilidad de proyectos, mecanismos para asegurar las futuras asignaciones de bienes o recursos).

Los planes y programas destinados a compensar carencias –específicamente, las materiales– asumen un papel protagónico en el proceso político-cultural de fragmentación de los intereses colectivos, propio del ideario neoliberal. La fragmentación se convierte en el rasgo distintivo para abordar las problemáticas sociales, se establecen vínculos sumamente frágiles entre pobreza y condiciones de empleo, y la asistencia tiñe el accionar de la política social.

Según Estela Grassi, “el estado neoliberal construyó su legitimidad mediante un discurso que devela la desigualdad, catalogándola como costo social o víctimas del ajuste, situación devenida en natural (naturalización de la desigualdad y de la pobreza)”¹²

¹² GRASSI, Estela “El asistencialismo en el estado neoliberal. La experiencia argentina de la década del 90”, en e-I@tina, Volumen 1, núm. 4, julio-setiembre de 2003, Udisha-Unidad de Docencia e Investigaciones Sociohistóricas de América Latina, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

En Argentina del escenario socio-político de los 90, las políticas alimentarias del territorio del país, asistían a millones de personas que no podían cubrir sus requerimientos mínimos de alimentación¹³.

La focalización define criterios clasificatorios a fin de determinar quiénes son o no destinatarios de las políticas alimentarias, sin evaluar si los que quedan “fuera del foco” están en condiciones de garantizar los requerimientos nutritivos.

El Programa Alimentario Nacional –PAN

El retorno democrático en diciembre de 1983 reconoce por primera vez el deterioro en las condiciones alimentario-nutricionales de una porción significativa de la población, a partir de lo cual el Gobierno de entonces impulsa el Programa Alimentario Nacional. La sanción de la Ley 23056 de creación del PAN en 1984 es de alguna manera el hito fundacional de la historia contemporánea de los programas alimentarios.

Si bien el programa nace con carácter de emergencia y transitorio (la Ley establece dos años), continúa durante todo el mandato de Raúl Alfonsín y podríamos decir que con diferencias de nombres y modelos de gestión, continúa vigente hasta la actualidad.

La finalidad del PAN era la complementación alimentaria de familias pobres y especialmente de los grupos más vulnerables, en función de quienes se incluían un conjunto más amplio de prestaciones que las estrictamente alimentarias: educación alimentaria, control de crecimiento, saneamiento ambiental básico.

¹³ En la Argentina, el problema alimentario se produce por la dificultad de acceder a una adecuada alimentación (hay abundancia y variedad de alimentos), acceso que depende de los precios de los alimentos, de la capacidad de compra basada en los ingresos de la población y de sus estrategias alimentarias. *“Con las políticas neoliberales, el hambre y los problemas nutricionales crecen no por ausencia de alimentos sino por ausencia de derecho”* (Montaña y Barberena, 2003).

Sin embargo, si algo caracterizó al PAN fue su componente alimentario, basado en el reparto mensual de cajas de alimentos secos hasta alcanzar una cobertura de 1,3 millón de familias. Las cajas PAN tuvieron variaciones en los alimentos contenidos pero básicamente se trataba de leche en polvo, cereales, legumbres, aceite y enlatados, totalizando un aporte nutricional aproximado cercano al 20% de las necesidades de una familia pobre.

En cada jurisdicción existía una delegación federal del PAN y en el terreno operaban los agentes PAN, responsables de censar a los potenciales beneficiarios y de la entrega de las cajas, en reuniones mensuales con las familias beneficiarias. El PAN resultó un programa básicamente asistencialista, cuestionado en reiteradas ocasiones por su uso clientelar y prácticas poco transparentes en los procesos de adquisición de alimentos.

Los procesos hiperinflacionarios que signaron el recambio presidencial anticipado en 1989 y que continuaron durante 1990 dieron origen a las "ollas populares" o "comedores comunitarios", que surgieron en un primer momento como respuesta comunitaria al derrumbe de la capacidad de compra de alimentos de la población.

Las "ollas populares" constituyen una de las formas más emblemáticas de la ayuda alimentaria.

Sus orígenes en Argentina se remontan a la década del '30, como consecuencia de los sucesos comprendidos en la depresión económica mundial y su reflejo en Argentina. Décadas después, las ollas populares acompañaron el proceso de marginalidad social en los cinturones periurbanos de las grandes ciudades.

En la época contemporánea, antes de 1989, los comedores u ollas populares no eran más que fenómenos aislados y localizados.

1995 - PRANI (Programa de Alimentación y Nutrición Infantil)

Este programa surgió para monitorear el traspaso de los comedores a las provincias, y comenzó a funcionar en el año 1995. En la formulación del programa se enuncia como objetivo el mejoramiento de las condiciones

de vida y acceso a una alimentación adecuada y suficiente a niños de 2 a 14 años nutricionalmente vulnerables.

El programa acompañaba la implementación del programa comedores en todo el país excluyendo Capital Federal y Provincia de Buenos Aires. Con referencia a los componentes del programa, en su formulación se mencionan: la alimentación y nutrición, el desarrollo Infantil y la movilización social.

Las actividades previstas para el desarrollo de estos componentes son: el diagnóstico y la reformulación de los programas de comedores escolares e infantiles, el fortalecimiento de instituciones locales y el apoyo financiero para los proyectos de inversión.

Desde las estrategias de implementación del programa se apuntaba a:

- Transferir a las provincias las responsabilidades y capacidad de ejecución del Programa,
- La focalización de las acciones,
- La coordinación intersectorial,
- El fortalecimiento de instituciones locales,
- La participación y gestión social,
- La capacitación y asistencia técnica,
- La comunicación social.

En lo referido al tipo de prestación ofrecida por el programa se mencionan el apoyo financiero para el refuerzo de la dieta en los comedores infantiles, la construcción y reacomodamiento de comedores y el equipamiento de comedores y centros de desarrollo infantil.

1989 – Programa Bono

Con el cambio de gobierno en el año 89, el PAN fue remplazado por el Bono (1989). Al asumir la presidencia el Dr. Menen y en el momento en que se desencadenó el segundo proceso hiperinflacionario, el bono pretendía ser una ayuda en una situación de urgencia social, cuando los ingresos de la población se desvalorizaban día a día como consecuencia del alza incontrolable de los precios.

Este programa tenía una concepción diferente a la de su antecesor ya que, si bien estaba dirigido a los sectores de menores recursos, la ayuda se hacía a través de un bono (cupón) que se podía canjear por alimentos y vestimenta.

Para la recepción del bono era imprescindible la presentación de una declaración jurada, ante el municipio que le correspondiere al destinatario. A través de esta declaración el beneficiario expresaba su situación de desempleo.

La entrega la hacía la delegación municipal sin intervención de miembros de la comunidad.

1990- Programa Prohuerta

El PROHUERTA, (Proyecto integrado para la promoción de la autoproducción de alimentos) surge en el año 1990, dependiendo del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) y el Ministerio de Desarrollo Social. El principal objetivo del proyecto es el logro por parte de sus beneficiarios, de la autoproducción de algunos alimentos (hortalizas, cría de gallinas, conejos). Sus beneficiarios son población que vive en condiciones de pobreza y no tiene acceso a una alimentación saludable. El proyecto brinda asistencia técnica y capacitación a referentes locales a través de los profesionales del INTA. El financiamiento del proyecto se destina a la compra de semillas y al pago de los capacitadores.

1990- Programa PAIS. (Programa Alimentario Integral y Solidario).

En la década del 90 la provincia de Buenos Aires decidió implementar una política planificada que compatibilizara y estructurara todos los planes desde una visión de conjunto. Esta visión de conjunto se manifestaba en la necesidad de agrupar los recursos disponibles desde diferentes áreas de prestación del gobierno (Salud, desarrollo Social).

Fue en el marco de este modelo de gestión que se instrumentó un programa de ayuda para la población más desventajada, el Programa Alimentario Integral y Solidario (PAIS). Fue un programa focalizado, pero con la idea de

superar la limitación de los programas anteriores, más que la de llegar a los más necesitados.

Sus destinatarios además de tener las necesidades básicas insatisfechas no debían estar cubiertos por ningún otro programa. El PAIS planteaba diferentes etapas en su implementación, la primera tenía como objeto dar asistencia alimentaria a la familia, luego buscaba el autoabastecimiento familiar y la última, la realización de microemprendimientos productivos. Para el logro de estos objetivos se brindaba asistencia técnica y capacitación a las familias.

La asistencia alimentaria consistía en la distribución de fondos que debían compartir entre 5 y 20 familias que se reunirían para comprar, cocinar y compartir la comida.

Tuvo una continuidad en la implementación del Programa de la Familia Bonaerense gestionado por el entonces Ministerio de Desarrollo Social y Salud provincial. En este programa aparece el componente de participación en un doble sentido: por un lado, los beneficiarios lograrían, a partir de la instalación de una huerta familiar y/o comunitaria abastecer en parte sus necesidades alimentarias y, por otra parte, podrían sostenerse como beneficiarios a partir de la organización que se dieran para la compra y reparto de los alimentos.

El grado de participación y los logros del programa fundamentalmente en la instalación exitosa de las huertas, varió sustancialmente en cada municipio.

1992- PROMIN (Programa materno infantil y nutrición)

Con la creación en el año 1992 del Comité Nacional de las Metas y con la colaboración de diferentes entidades se elaboró el Plan Nacional de Acción en Favor de la Madre y el Niño, donde se incluyó el diseño y lanzamiento del PROMIN (Programa materno infantil y nutrición), como refuerzo a las acciones que venía desarrollando el Ministerio de Salud. El proyecto se desarrolló en el marco del proceso de transformación social y económica emprendido por el gobierno nacional y apuntaba a atender las necesidades de las madres y niños pertenecientes a los sectores pobres estructurales en las áreas urbanas, periurbanas y rurales del país. En Provincia de Buenos Aires comenzó a ejecutarse en el año 1992.

El programa se planteó una doble focalización, por un lado las áreas en donde predomina la población pobre estructural y por el otro las madres y los niños (embarazadas, niños menores de un año hasta los cinco años de edad) de esas áreas.

Los objetivos iniciales del programa fueron:

- Disminuir las tasas de morbi – mortalidad materna e infantil a través de la mejor focalización y el mejor diseño, aplicación y coordinación de los servicios y programas de salud, nutrición, alimentación complementaria y enseñanza preescolar.
- Promover el desarrollo psicosocial de los niños entre 2 y 5 años.
- Mejorar la eficiencia y la eficacia de los programas de comedores escolares.

Los componentes que lo integraron fueron:

- Rehabilitación de los servicios del primer nivel de atención y del primer nivel de referencia para desarrollar acciones curativas y de promoción y prevención de la salud materno – infantil.
- Nutrición y alimentación complementaria para embarazadas y menores de 6 años.
- Desarrollo infantil
- Conversión de los programas de comedores escolares
- Asistencia técnica a las provincias y municipios.

Este programa también incluía en su diseño las participaciones de las comunidades en los centros de salud, centros de desarrollo infantil (CDI), y los barrios donde se llevarían adelante las acciones.

1992 – PROGRAMA SOCIAL DE LA FAMILIA BONAERENSE “EVA PERÓN”

En el año 1992 el gobierno de la Provincia de Buenos Aires puso en funcionamiento el Programa Social de la Familia Bonaerense “Eva Perón”, planteándolo como una herramienta esencial contra la pobreza. (Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, 1992).

Una de las líneas de acción prioritaria de este programa fue promover la dinamización y extensión de las prestaciones de cuidado infantil para niños de 2 a 5 años, tomando como base las estrategias y prácticas más extendidas en la comunidad para la atención y crianza de los niños.

En este sentido es que propuso la intervención de la provincia y de los municipios en la realización de acciones de asistencia alimentaria, estimulación psicosocial, apoyo familiar, consolidación de la participación comunitaria y sus organizaciones.

La estrategia prioritaria del programa fue la recuperación, el fortalecimiento y la reconversión de las diferentes experiencias y prácticas comunitarias que se venían desarrollando para la contención de los niños de 2 a 5 años, que durante el día por diferentes razones no contaban con el cuidado de sus padres.

Se quería transformar estas instancias barriales en espacios sociales creativos que sirvieran como continente afectivo para el adecuado desarrollo personal y social de los niños.

Partiendo de que la mayoría de los emprendimientos ya tenían su historia y efectores es que se privilegió el rol de las “madres cuidadoras” o “madres referentes”, quienes fueron destinatarias de las instancias de capacitación contempladas por el programa.

La capacitación, brindada tanto a las madres a cargo de los servicios como a las mamás beneficiarias, se llevaba a cabo a través de talleres, grupos de reflexión. Sus contenidos apuntaban por un lado a los aspectos que hacen al desarrollo nutricional y social del niño y por el otro se brindaban algunas herramientas de planificación local.

La participación de la comunidad efectora y beneficiaria del programa también se planteaba en la instancia de su evaluación a través de la implementación de talleres participativos de evaluación y programación y de asambleas comunitarias. Este programa fue remplazado en el año 1994 por el Vida.

PLAN VIDA 1994

Hacia finales del año 1994 en la provincia de Buenos Aires se separaron del Ministerio de Salud y Desarrollo Social las funciones de acción social creándose para ello el Ministerio de la Familia y Desarrollo Humano. A finales del año 1995, a través de la ley 11.737, se creó el Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano.

Este nuevo organismo dependía directamente del ejecutivo y tenía como finalidad asistir al Gobernador de la provincia en la determinación de las políticas sociales necesarias para la protección de la familia y de los discapacitados, el logro de la total igualdad de la mujer y el bienestar de la población bonaerense.

En el marco de esta restructuración provincial surge el Plan VIDA que se inició en el año 1994, cuando en la Provincia de Buenos Aires la desnutrición infantil rondaba el 21,8 por mil elevándose esta cifra en el conurbano al 23 por mil. (PROMIN, 1992).

Este plan, sobre el que se ahondará más adelante, se planteaba, garantizando la continuidad del Eva Perón, el establecimiento de un mecanismo que asegurara la entrega de un apoyo nutricional a las familias que estuvieran integradas por embarazadas y niños de 0 a 5 años que se encontraran en riesgo social. A su vez el plan contaba con un componente sanitario, que consistía en el armado y sostenimiento a nivel local de una red perinatal que brindaba asistencia sanitaria a la población beneficiaria. Tanto para la entrega del aporte nutricional como para el armado de la red perinatal, fueron llamadas a participar las mujeres de los diferentes barrios donde sería ejecutado el plan.

La característica fundamental del Plan fue promover la participación de las propias beneficiarias, unidas en una red solidaria como actores principales, y la utilización de las técnicas de aprendizaje social para su ejecución.

LOS CCI (Centros de cuidado infantil).

Si bien desde el programa PRANI se trabajó en mejorar la dieta alimentaria de

los comedores infantiles, la evaluación de la primera etapa de implementación permitió reconocer que la complementación alimentaria puesta en marcha no era suficiente. Para cubrir las necesidades de los niños de 2 a 5 años en los tres aspectos básicos del desarrollo de un niño: salud, nutrición y desarrollo socio-emocional eran necesarias otras acciones.

Fue en función de esta evaluación que desde el programa se comenzó a organizar los CCI (Centros de cuidado infantil), pensados como espacios de desarrollo, tomando al niño como ser integral, donde todas las dimensiones debían ser tenidas en cuenta.

En el año 1999 se encontraban en etapa de transformación 218 comedores funcionando en 11 provincias.

Durante el año 2000 y a raíz de cambios en la gestión, el Programa PRANI paso a constituir junto con el programa PROHUERTA y el ASOMA (dirigido a población adulta mayor de 65 años), el Programa UNIDOS

PROGRAMA DE EMERGENCIA ALIMENTARIA- PEA

Una vez producido el recambio presidencial anticipado y con la asunción de un Gobierno provisional, el Decreto 108/02 crea el Programa de Emergencia Alimentaria -PEA-, destinado a transferir recursos a las provincias para la implementación de sus programas alimentarios. En la práctica, el PEA es otro giro en la denominación de un programa alimentario sin mayores cambios en cuanto a la modalidad de asistencia, ya que las transferencias se traducen mayoritariamente (un 80 % del presupuesto) en cajas de alimentos repartidas a las familias que antes recibían la caja Unidos y más anteriormente el Prani o Asoma.

El cambio sustantivo que sí es atribuible a la gestión del PEA es la completa descentralización de los fondos a las provincias para su ejecución en los niveles locales.

Antes de la crisis socioeconómica de fines de 2001-2002, un 13% de niños

menores de 5 años que se atendía en el sector público de salud presentaba retraso de crecimiento en talla, menos de 13% desnutrición aguda y un 9% sobrepeso u obesidad¹⁴

¹⁴ Informe Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de la Provincia de Bs. As., 2002.

CAPÍTULO II: EL PLAN VIDA

"El mundo es eso —reveló— un montón de gente, un mar de fueguitos.

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay gente de fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores.

Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas; algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman, pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca se enciende".

Eduardo Galeano, (Del libro de los abrazos)

INTRODUCCIÓN

El Plan fue pionero del antiguo Consejo Provincial de la Mujer, luego Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano creado en 1994, en la Provincia de Buenos Aires. Tenía como objetivo principal la entrega de alimentos a familias con madres embarazadas y niños menores de seis años que se encontraran en riesgo social.

El Plan Vida ha sido el Plan más relevante en materia de políticas alimentarias en la Provincia de Buenos Aires.

Su importancia radica en varios aspectos, ya que ha posibilitado no solamente a atender a la población materno-infantil en situación de vulnerabilidad social; sino que también ha desplegado dentro de sus objetivos el trabajo intersectorial.

Ha promovido el desarrollo de potencialidades ocultas dentro de las comunidades; reconociendo que están dentro de éstas las soluciones a los problemas que las aquejan. Esta propuesta política ha permitido la aparición de líderes barriales, manzaneras y comadres que aún hoy siguen en la silenciosa tarea de promover mejoras en la vida de los pobladores de su barrio.

El trabajo en red, ha sido uno de los pilares de esta propuesta y generó la creación de estrategias participativas comunitarias.

El Plan Vida, ha impulsado el protagonismo de todas las áreas de gobierno, en mejoras de la calidad de vida, motivando también una ciudadanía activa.

ASPECTOS GENERALES DEL PLAN

El Plan Vida se inició en 1994 y continúa con la gestión del Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo, con la finalidad de disminuir la desnutrición y la morbilidad infantil, dado el elevado índice de desnutrición registrado en la provincia de Buenos Aires.

Para la selección de los beneficiarios se aplicaron criterios de focalización en dos niveles:

- a) Geográfica, seleccionando –en los Municipios de más de 50.000 habitantes– con las autoridades municipales tanto las zonas con mayor porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) – según información proveniente del Censo de Población y Vivienda de 1991– como los asentamientos de población conformados con posterioridad a dicho censo y los barrios con alta incidencia de población desocupada, según los informes de los equipos técnicos municipales. Tales zonas o barrios en los que se implementa el Plan se conocen como “Barrios Vida”.
- b) Por grupo de riesgo: embarazadas, nodrizas y niños hasta su ingreso en el sistema escolar.

Las acciones del Plan Vida han consistido en la entrega de un suplemento nutricional en alimentos frescos y secos, la promoción de la atención de las mujeres embarazadas y la capacitación en los temas relacionados: nutrición, salud y organización comunitaria.

En su formulación inicial, la gestión del Plan era compartida entre el Estado Provincial (Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano), Municipal (equipos técnicos) y una red de voluntariado integrada por las trabajadoras vecinales titulares y suplentes (“Manzaneras” y las “Comadres”) conformada para ese fin.

Luego se reasignaron otras funciones al Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo, el cual licitó el diseño de los nuevos productos, su compra y el servicio de almacenamiento y distribución de alimentos con destino al Plan, realizó las capacitaciones requeridas para las “Manzaneras”, “Comadres”, “Promotores de Cuidado Familiar” y “Monitores Sociales”, cubriendo los gastos operativos y de materiales didácticos necesarios, y financió proyectos municipales orientados a la seguridad alimentaria y proyectos comunitarios que emprendían las familias organizadas en “Grupos Multifamiliares”.

También la Dirección General de Cultura y Educación participó, conjuntamente con el Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo, en la definición de la estrategia general de capacitación, diseño de contenidos e implementación y seguimiento de las actividades. Asimismo, aportó recursos humanos para llevar adelante las capacitaciones a los “promotores de cuidado familiar” y las familias en las diversas áreas temáticas definidas.

Los “Equipos Municipales Más Vida” han sido la instancia responsable de la gestión del Plan a nivel local, definiendo estrategias para la obtención de resultados y realizando las siguientes acciones:

- Articular las actividades con los organismos provinciales que intervienen en la ejecución del Plan.
- Actualizar permanentemente el padrón de beneficiarios, administrando las altas y bajas de beneficiarios.
- Coordinar respuestas oportunas ante situaciones de riesgo nutricional identificadas por el “Sistema de Vigilancia Nutrición”.
- Organizar la capacitación a “Manzaneras” sobre nuevos alimentos, Carné Más Vida y otros nuevos instrumentos para el registro de información, y a las “Comadres” en su nuevo rol con los equipos de salud.
- Reorganizar los servicios de salud a nivel local.
- Participar en la organización de las actividades de capacitación del componente "Aprendizaje en la acción para cuidados familiares", articulando recursos humanos propios y de otras Organizaciones e Instituciones.
- Seleccionar y organizar la capacitación de los Promotores de Cuidado Familiar y de los Monitores Sociales.
- Promover instancias de coordinación e integración de los actores involucrados en el Plan a nivel barrial.
- Promover la conformación de los “Grupos Multifamiliares”.
- Organizar actividades participativas para la evaluación de la gestión del Plan desde la visión de los integrantes de la Red.

Los Municipios contaron con los efectores (salas sanitarias o centros de salud) del primer nivel de atención de la salud, capacitados para intervenir preventivamente sobre la población materno-infantil. De tal modo, los Centros de Salud llevaron adelante las siguientes acciones:

- Controles de salud de los beneficiarios del Plan, correspondientes a su área de influencia.
- Registro en el Carnet Más Vida de los controles de salud y la condición de riesgo nutricional de la población atendida.

También, se incorporó a este plan la Comisión de Investigaciones Científicas, la que implementó las actividades de evaluación, destinando el presupuesto asignado a la contratación de servicios de los centros que participan de la red científica vinculada a la Comisión.

El Plan se sustentó en el funcionamiento de una red social-familiar con base territorial-barrial. Esta Red social la constituyeron las Trabajadoras Vecinales, las que debieron cumplir con los siguientes requisitos: actitud solidaria reconocida por sus vecinos, acreditar domicilio en su barrio, disponibilidad horaria por la mañana, contar con un lugar físico apropiado para la distribución de los alimentos y que no funcione allí un comercio ni una institución.

Para la selección de las trabajadoras vecinales se convocó a las instituciones intermedias de cada comunidad, para que en conjunto designaran a vecinas de esas mismas comunidades que cumplieran con estos requisitos.

Las trabajadoras voluntarias, desarrollaron múltiples actividades que van desde cuestiones operativo–administrativas para la distribución del recurso alimentario, hasta el convocar a los vecinos y trabajar comprometidamente para organizar la comunidad en torno a problemáticas particulares o necesidades sentidas. Las Trabajadoras Vecinales son referentes sociales que trabajan en su mismo lugar de residencia, tomando la responsabilidad de administrar el Plan en un espacio de entre 4 y 8 manzanas aproximadamente.

Cada trabajadora vecinal contó con la colaboración de una suplente que participaba también activamente en el Plan.

Cada Barrio tuvo un número determinado de trabajadoras Vecinales de acuerdo a su población.

Las Trabajadoras Vecinales recibieron semanalmente el alimento en sus hogares y desde allí cada beneficiario o cada adulto responsable retiraba su ración, registrándose en planillas diseñadas para tal fin.

La trabajadora vecinal retiraba para ella la misma ración o cantidad de alimentos que entregaba a cada uno de los beneficiarios.

Las familias de estas mujeres gozaron también del servicio ofrecido por el

Seguro Público de salud que ofreció asistencia médica en los Centros Sanitarios establecidos en los barrios a través de diferentes prestaciones.

El conjunto de Manzaneras y Comadres de cada lugar fueron coordinadas por un miembro del Equipo del Plan, quien recibió el nombre de Coordinador barrial, realizando con él reuniones sistemáticas en cada barrio.

Las Trabajadoras Vecinales recrearon los vínculos comunitarios, reconstituyendo lazos sociales fragmentados, favoreciendo el acercamiento entre vecinos, la comunicación, la solidaridad necesaria para superar el aislamiento y el individualismo, síntomas de la crisis social.

Sus tareas han consistido en confeccionar los listados de beneficiarios, recibir y entregar los alimentos, realizar las rendiciones pertinentes, concurrir a las capacitaciones previstas e interactuar con los programas vigentes en su distrito.

El reparto de las raciones alimentarias ha sido realizado por empresas contratadas para tal fin, siendo las mismas Trabajadoras Vecinales quienes controlaban los alimentos que debían recibir para realizar las entregas a los beneficiarios.

Considerando los diversos estudios realizados sobre las consecuencias de la vulnerabilidad (biológica, psicológica y social) de la población en situación de pobreza, en particular de los niños en su primera infancia, y partiendo de la organización y trayectoria del Plan Vida, se rediseñaron sus acciones y se denominó luego Plan Más Vida, con el fin de dar respuesta a las siguientes cuestiones:

1-La necesidad de aumentar el impacto de las prestaciones, pasando de acciones de entrega de suplementos alimentarios a una intervención nutricional, con el rediseño de productos que eso conlleva.

2-La importancia de focalizar la mayor concentración de la intervención nutricional en los grupos con alta vulnerabilidad biológica, representados por el binomio materno – infantil en situación de pobreza.

3-La necesidad de optimizar la vinculación con el primer nivel de atención de la

salud mejorando los controles de salud y disponiendo de un sistema de seguimiento del estado nutricional de la población destinataria.

4-La necesidad de fortalecer las capacidades de las familias, promoviendo que éstas se transformen en protagonistas y referentes básicos de las acciones implementadas, superando la condición de receptora pasivas de las prestaciones alimentarias.

5-La necesidad de acciones educativas que fortalezcan a las familias y propicien la revisión, revalorización y modificación de pautas de vida, en favor de elegir y generar aquellos cambios que contribuyan a mejorar la calidad de vida de sus integrantes y de la comunidad.

6-La determinación de que las intervenciones públicas que abordan la problemática de la pobreza y su impacto en términos nutricionales, obtengan resultados directos en la disminución de ese impacto, contribuyendo a mejorar las condiciones de vida, y, en particular, las condiciones para el desarrollo integral infantil que aseguren las aptitudes para una mejor inserción en el sistema educativo (educabilidad) como un eje fundamental de la socialización y del desarrollo personal y colectivo.

Como había mencionado anteriormente, el fin del Plan fue: disminuir el impacto de la pobreza en la población materno-infantil en situación de vulnerabilidad (biológica, psicológica y social) para mejorar las condiciones de educabilidad.

Su propósito: mejorar las condiciones de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población materno –infantil, fortaleciendo las capacidades de las familias.

Para el logro del propósito enunciado, el Plan diseñó las siguientes líneas de acción:¹⁵

- Subprograma Intervenciones nutricionales.

¹⁵ Estrategia Integral de Cuidado Familiar y Mejoramiento de la Educabilidad - Plan Mas Vida- Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de la Provincia de Bs. As.-año: 2003.

- Subprograma Controles de salud y vigilancia de la condición nutricional.
- Subprograma Aprendizaje en la acción para cuidados familiares.
- Componente transversal Red de cuidado familiar.
- Componente transversal Sistema de gestión integral del Plan.

El Plan Vida se diseñó con cuatro ejes o componentes: nutricional, sanitario, social y de capacitación y comunicación social.

El programa previó que se designe una coordinadora cada 20 manzanas. Las coordinadoras se articularon en torno a una Mesa de Coordinación Distrital del Programa, junto al área de Acción Social municipal y a los representantes del Consejo Provincial de la Mujer en cada distrito.

Este conjunto de "representantes" trabajó con la Unidad Ejecutora Municipal, el organismo de gestión práctica del Plan en el ámbito municipal.

El eje sanitario del programa se orientó al desarrollo de una red perinatólogica de la provincia de Buenos Aires que articuló recursos pertenecientes al primer y el segundo nivel de atención de la salud con los correspondientes a la organización comunitaria para la atención de las mujeres embarazadas y los niños de 0 a 5 años.

El componente de capacitación y comunicación social ha tenido por objetivo sensibilizar y aumentar la eficacia, a través de la realización de talleres, de los distintos actores e instancias del gobierno implicados en la implementación.

El eje social, por último, se cumplió fortaleciendo, a través del trabajo de las manzanas, redes y organizaciones comunitarias preexistentes, o eventualmente generando otras nuevas.

La elección de las trabajadoras vecinales recayó por lo tanto en las entidades intermedias de cada barrio que, a su vez, tomó en cuenta a aquellas mujeres (u hombres) que son reconocidas por sus vecinos por su experiencia organizativa comunitaria previa.

Las trabajadoras vecinales y sus coordinadoras deben constituir una red propia, sostén básico del programa, que se denomina Red Vida.

Con respecto al marco institucional, se continuó con una estructura provincial. Su ejecución es descentralizada y los fondos son ejecutados por el Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano.

También participaron el Ministerio de Salud, la Dirección General de Cultura y Educación y la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC), que articulan sus acciones y responsabilidades a través del funcionamiento de una Comisión Interministerial y comisiones de enlace. Asimismo, el esquema general de ejecución implicó un fuerte compromiso a nivel municipal y local. Organismos internacionales, universidades y otras instituciones académicas, y asociaciones profesionales son convocados para participar con carácter consultivo del proceso de evaluación del Plan y propiciar el debate académico acerca de sus fundamentos y efectos.

El Plan Más Vida, ha creado la conformación de la Red de Cuidado Familiar que se basó en la articulación de un conjunto de recursos institucionales y comunitarios, y la movilización de las habilidades y saberes individuales o colectivos de las familias. Se resignificaron los roles de las operadoras del actual Plan Vida (Manzaneras y Comadres) y se promovió la participación de nuevos actores: los Monitores Sociales, los Promotores de Cuidado Familiar y los Grupos Multifamiliares. Todos ellos interactuarán en una red ampliada para la movilización de los recursos comunitarios a través de actividades de capacitación centradas en el fortalecimiento de la familia como ámbito privilegiado para la resolución de necesidades y el desarrollo de proyectos comunitarios que mejoren su calidad de vida.

El Plan Vida desde su concepción entendía que la contención y disminución de la desnutrición y la morbilidad no se reduce exclusivamente a una estrategia de entrega de alimentos, sino que implicaba la vinculación con el primer nivel de atención sanitaria. Pero también entendía que en esa vinculación la gente debía tener un rol protagónico en la determinación de sus propios procesos de salud.

EL SUBPROGRAMA COMADRES

El eje del presente trabajo se centró en la detección de la violencia por parte de las Comadres, en la población donde se concentraban sus acciones.

Con respecto a este subprograma, se determinó el acompañamiento al Plan Alimentario con el desarrollo del componente Comadres. Las Comadres han tenido a su cargo acciones complementarias en prevención de la salud de madres y niños.

Han sido desde el inicio las funciones de las comadres:

- 1 Realizar un censo permanente de embarazadas dentro de su área, visitarlas periódicamente e informar permanentemente las novedades a la Manzanera y al Centro de Salud.
- 2 Coordinar con el Centro de Salud el sistema de turnos.
- 3 Realizar el seguimiento de mujeres fuera del sistema de salud y de madres derivadas al segundo nivel de atención, informando al primer nivel.
- 4 Brindar información pertinente y realizar acciones de capacitación a los Grupos Multifamiliares (en conjunto con el Promotor de Cuidado Familiar) con relación a controles de salud, esquemas de vacunación, lactancia materna, atención temprana y salud reproductiva.

El eje Aprendizaje en la Acción para Cuidados Familiares concibió al aprendizaje como una construcción conjunta entre los distintos actores de la red, en la que el conocimiento no es una imposición de unos a otros; es una construcción entre ellos, creando espacios de búsquedas de consensos alrededor de saberes, prácticas y decisiones conscientes del rumbo a seguir en los distintos aspectos de la vida familiar relacionados con los componentes del Plan.

En este aprendizaje social, la prevención de la violencia familiar resultó uno de los esfuerzos significativos, para lograr mejoras en la calidad de vida. También generó acciones intersectoriales integradas.

Se entiende por “educabilidad” la capacidad que tienen todas las personas para

la construcción de procesos de aprendizaje, en ámbitos no formales y formales que les permitan apropiarse de la realidad para transformarse y transformarla en una producción individual y colectiva.

La construcción de este proceso de aprendizaje requiere de ciertas condiciones básicas de vida, expresadas en el plano jurídico-político como derechos esenciales que nuestro país ha incorporado a su Constitución¹⁶.

El aprendizaje en la acción parte de la perspectiva del sujeto que se constituye a través de sus prácticas en relación con los demás, que modifica la realidad y en consecuencia genera nuevas representaciones.

Este subprograma ha consistido en un espacio de reflexión e intercambio de experiencias y saberes, orientado a la revisión crítica y a la revalorización de las prácticas que favorecen el desarrollo infantil y la organización comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de vida y fortalecer a las familias para la generación de proyectos que las conviertan en protagonistas de un cambio social.

El programa de capacitación fue elaborado por el Equipo de Coordinación Interministerial del Ministerio de Educación y Cultura, tomando como base las necesidades estructurales de la población ubicada en los 51 distritos del Plan Más Vida, para potencializar los recursos existentes.

La temática a desarrollar fue establecida a partir de la necesidad de construir un soporte teórico que brinde herramientas para operar las estrategias grupales de intervención con capacitadores y promotores barriales, tanto como la integración y coordinación de equipos de trabajo.

En múltiples talleres sobre dinámicas grupales realizados a nivel nacional, se relevaron como demandas los aspectos que se encontraban en el centro de las preocupaciones de los coordinadores con grupos a cargo o integrando equipos técnicos.

A partir de ello y de los objetivos del eje, se diseñaron los ejes temáticos que darán una direccionalidad al proceso a desarrollar en esta capacitación.

¹⁶ Convención Internacional de los Derechos de Niños y Adolescentes y Declaración Universal de los Derechos del Hombre.

A través de la capacitación, se espera que los formadores:

- conceptualicen los aspectos que estructuran una mirada psicosocial y comprendan el carácter multidimensional de este enfoque.
- identifiquen el soporte sistémico a través del concepto de sistema abierto y sistema social.
- desarrollen un proceso de cambio actitudinal para la resolución activa de conflictos.
- exploren la capacidad de resolver problemas de tipo intelectual (obstáculos epistemológicos) y de tipo vincular (obstáculos epistemofílicos) a través de la estrategia grupal.
- promuevan la proactividad para la integración y/o coordinación de equipos de trabajo.
- interpreten la realidad y diseñen dispositivos en función del conocimiento de las organizaciones sociales.
- construyan el concepto y la capacidad para articular redes sociales.
- validen el proceso de gestión social planificada como una herramienta de identificación, sistematización y canalización de demandas, facilitando el desarrollo local.

Las familias en tanto destinatarios esenciales de las acciones de capacitación se constituyeron en el foco primordial de las acciones y, por lo tanto, en el centro de la evaluación de las mismas.

Se trabajó en función de obtener los siguientes resultados:

- familias con mayor conciencia de sus derechos y su protagonismo en la construcción de un modelo social más justo.
- familias con más y mejores recursos de organización comunitaria.
- familias instrumentadas en la generación, implementación y sostenimiento de proyectos y acciones que respondan a sus deseos y necesidades más urgentes.
- familias con conocimiento y valoración de los recursos personales, comunitarios y locales, con capacidad para optimizarlos a favor de satisfacer sus necesidades y lograr sus metas personales y colectivas.

- familias fortalecidas en su capacidad de reflexión crítica y comunicación.
- familias con mayores conocimientos y conciencia de aquellos cuidados referidos a aspectos físicos, emocionales, afectivos, vinculares.
- simbólicos y sociales que favorecen el desarrollo infantil integral.

Contenidos para la capacitación

Los criterios de secuenciación de estos contenidos han sido:

- Trabajar los aspectos del Plan que ya han sido implementados.
- Abordar aquellos contenidos que favorezcan la constitución del P.C.F. como nuevo agente comunitario y coordinador de los grupos multifamiliares.
- Tratar los contenidos referidos a organización comunitaria y constitución de redes.

Los principales contenidos del Subprograma se organizaron en un conjunto de unidades, referidas a:

- Crianza y Desarrollo infantil,
- Las practicas de crianza,
- El juego,
- Competencias del adulto,
- Lenguaje infantil,
- Cuidados durante el embarazo, parto y puerperio,
- Crecimiento,
- Alimentación,
- Accidentes,
- Enfermedades comunes en los niños,
- Derecho y ciudadanía,
- Rasgos culturales,
- Grupo,
- Organización,
- Prevención de la violencia familiar,
- Redes,
- El municipio, instituciones y organizaciones locales.

- Comunidad y desarrollo local,
- Formulación de proyectos.
- Abordaje de temáticas familiares y comunitarias priorizadas.

Las trabajadoras vecinales debían articular con el Subprograma Aprendizaje en la Acción para Cuidados Familiares, la reflexión, el intercambio de experiencias y saberes orientado a la revisión crítica y a la revalorización de las prácticas que favorecen el desarrollo infantil y la organización comunitaria.

El propósito estuvo orientado a mejorar las condiciones de vida y fortalecer a las familias para la generación de proyectos que los conviertan en protagonistas de un cambio social.

Se propuso aportar a los núcleos familiares instrumentos eficaces en la promoción de los cuidados generales y particularmente en cuanto atañe al desarrollo infantil y en la prevención de formas sutiles o evidentes de no respeto, de maltrato y de violencia en especial contra los niños, en la detección temprana de los signos de riesgo y en los cuidados preventivos de los trastornos del desarrollo de origen psicosocial, genético, congénito, peri y postnatal y vincular, en una interface entre los ámbitos de la salud, de la educación, de las acciones sociales, jurídicas, de comunicación, de medio ambiente, y con aplicaciones tecnológicas que inciden en la calidad de la vida cotidiana, para enriquecer el abanico de recursos familiares y comunitarios disponibles.

Este eje se orientó a crear una conciencia asociativa e instrumentar a los adultos que participan del subprograma en el conocimiento e intercambio de experiencias y a la realización de prácticas que permitan reactivar el desarrollo productivo – cultural y económico para las próximas generaciones.

CAPÍTULO III: LA VIOLENCIA

“...Que lo común os asombre
Que la regla os parezca un
Abuso. Y ahí donde deis con el
Abuso, ponedle remedio”.

Bertolt Brecht

PRECISIONES CONCEPTUALES

Todas las personas enfrentan diariamente condiciones de adversidad que afectan, no solamente su tranquilidad y seguridad, sino también su integridad física. Diversos tipos de violencia se reproducen de forma directa o indirecta en contra de la población en conjunto y de personas en particular. Igualmente se dan en el ámbito público como en el privado.

Existen otras formas de violencia, de naturaleza más específica, que no han sido consideradas por parte del conjunto de la sociedad como situaciones que desestabilicen o amenacen la estructura y funcionamiento del sistema socioeconómico y político; formas de violencia con las que ha podido subsistir y reproducir el sistema, sin que su impacto afecte más que a las personas que las enfrenten.

La violencia por razones étnicas o raciales, de clase o condición socioeconómica, por la edad de las personas, por su orientación religiosa, por su opción sexual, por su situación de extranjeros/as a quienes no se les reconoce una condición de igualdad, entre otras, ha sido sutilmente incorporada y aceptada como parte del sistema, en algunos casos considerándola reprochable, pero como algo con lo que simplemente hay que convivir.

La palabra "violencia" no significa lo mismo para todas las personas ni para todos los grupos sociales.

La violencia se produce cuando una persona o un grupo actúan de manera unilateral, imponiendo su opinión, sin dar un espacio para la negociación, cuando el poder de ambos no es igual. Esta acción impuesta puede tener que ver con el cuerpo, con la vida o con el destino o proyecto del otro, ya sea un individuo o un grupo.

Así es que en todos los niveles de la vida social (familia, comunidad, trabajo) hay reglas, leyes internas que permiten un equilibrio para que la coexistencia pacífica de los seres humanos sea posible. Estas leyes, estas normas se han construido poco a poco a lo largo del tiempo, a partir de experiencias compartidas entre los

grupos humanos. La mayor parte son tan aceptadas y habituales que uno se olvida que existen, se olvida que representan un acuerdo particular que sólo puede entenderse en un momento y en un tiempo específico.

La violencia entonces se sitúa, para cada grupo social, en lo que está prohibido y fuera de la norma. Esto quiere decir que las sociedades pueden tener normas muy diferentes y a veces contradictorias entre sí. En las sociedades las normas referentes a la violencia son múltiples y a veces antagónicas entre un grupo humano y otro. Las normas tradicionales se ven enfrentadas y cuestionadas.

La violencia en nuestras sociedades puede tomar muchas formas diferentes. En la actualidad, entre las formas de violencia comunitaria se presta cada vez más atención al feminicidio, la violencia sexual, el acoso sexual y la trata de mujeres. Tampoco pasa desapercibida la llamada violencia institucional, ejercida por el Estado a través de sus propios agentes, ya sea por acción o por omisión, o mediante prácticas de violencia física, sexual, psicológica o tortura¹⁷.

Habitualmente se pueden distinguir dos grandes tipos de violencia: la violencia organizada –o estatal– y la violencia doméstica –llamada también "intrafamiliar".

Se desarrolla, la segunda, en función del interés de nuestro estudio.

El problema de la violencia doméstica, o intrafamiliar, ejercida contra las mujeres no es de reciente aparición, sino que se ha dado desde tiempos atrás, con severas repercusiones en la sociedad, en la comunidad y en las familias. Dicha situación se debe a la existencia de un sistema patriarcal, el cual es reproducido históricamente por medio de los procesos de socialización, estableciendo una serie de prácticas y roles que ponen en un estado de superioridad a los hombres sobre las mujeres.

Debido a los efectos de la violencia dentro del seno familiar y a sus múltiples manifestaciones en la esfera social, este tema ha despertado un gran interés desde hace varios años; siendo objeto de tratamiento en diversas políticas públicas.

¹⁷ Lagarde, Marcela, "Del femicidio al feminicidio". En línea, en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/viewFile/8343/8987>

Nuestro estudio centró su interés en el Plan alimentario más Vida-Subprograma Comadres, fortaleciendo el rol de la comadre como promotora del autocuidado de la mujer embarazada y destacando la prevención y asistencia al detectar situaciones de violencia doméstica. A partir de esta detección, este actor social informa a los sistemas públicos de atención.

Como expresé más arriba, el tratamiento de esta problemática (considerada pandemia por la OMS), generó el abordaje de diversos organismos internacionales y todos los países manifiestan interés en su resolución.

A partir de su tratamiento, en informes nacionales e internacionales, se evidencia que millones de mujeres en nuestra sociedad enfrentan cotidianamente situaciones violatorias de sus derechos, sea por acción, restricción o por omisión.

Esta violencia no distingue edad, color de piel, identidad cultural, nacionalidad, opción religiosa ni condiciones socioeconómicas.

Diariamente, a gran cantidad de mujeres les hacen, dicen y suceden cosas en contra de su voluntad, formas específicas de violación de sus derechos humanos por su condición de género.

Son vastos los ejemplos de esta violencia: el hostigamiento sexual, la violación, el incesto, la maternidad forzada, y las múltiples manifestaciones físicas y emocionales donde la integridad de la mujer y sus hijos se ve amenazada.

Consideraciones sobre la violencia doméstica

La violencia intrafamiliar o también llamada doméstica es un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población, especialmente a mujeres, niñas, niños, ancianas y ancianos. Esta violencia tiene una direccionalidad clara: en la mayoría de los casos es ejercida por hombres contra mujeres y niñas. Una forma endémica de la violencia intrafamiliar es el abuso de las mujeres por parte de su pareja. Las manifestaciones de este tipo de violencia, incluyen la violencia física, psicológica, sexual y patrimonial.

La violencia doméstica es el resultado de las relaciones desiguales de poder y

es ejercida por los que se sienten con más derecho a intimidar y controlar. Al interior de la familia, las desigualdades producidas por el género y la edad son las principales determinantes de las relaciones violentas que allí se construyen.

Por lo tanto, el uso de la violencia contra las personas con menos poder dentro del ámbito familiar es no solo uno de los medios por los cuales se controla y oprime, sino también una de las expresiones más brutales y explícitas de la dominación y la subordinación basadas en el género y la edad.

Este modelo de poder y dominio que produce las prácticas cotidianas de violencia intrafamiliar atraviesa todas las clases sociales, niveles educativos, grupos étnicos y etarios; es decir, la violencia intrafamiliar se da en todos los sectores de la sociedad.

La violencia doméstica debe entenderse como una construcción social, ya que el comportamiento que responde a ella se incorpora por medio de un complejo proceso de aprendizaje y desarrollo durante toda la vida con personas significativas, que pudieran o no manifestar patrones de violencia.

Se la conceptualiza como *“Todo acto u omisión que resulte en un daño a la integridad física, sexual, psicológica o social de un ser humano, en donde medie un vínculo familiar o íntimo entre las personas involucradas”*¹⁸.

Se distingue de otros tipos de violencia en la medida que el contexto en que ocurre debería estar caracterizado por protección, apoyo y contacto físico y afectivo cercano. Es decir, el tipo de vinculación entre las personas es distinto al que se maneja en otros espacios como el institucional y laboral.

Refiere que en una relación donde el vínculo es de carácter parental o marital, la violencia adquiere otro significado, puesto que existe un contacto más íntimo y familiar entre las personas implicadas, e incluso en la cual se presupone debe existir un lazo de amor. En dicha situación las consecuencias son mayores, pues las víctimas viven una ambivalencia al existir en la convivencia el afecto y el maltrato en forma simultánea.

Por lo tanto, en la violencia doméstica se dan varias condiciones especiales:

¹⁸ Claramunt, María Cecilia. Casitas Quebradas: El Problema de la Violencia Doméstica en Costa Rica. San José: EUNED, 1999.

- La víctima desea escapar de la violencia pero al mismo tiempo desea pertenecer a una familia y sentirse amada,
- El afecto y la atención pueden coexistir con el maltrato,
- La naturaleza de las relaciones crea oportunidades para que la agresión se repita,
- La intensidad de la violencia tiende a incrementarse con el tiempo, aunque en algunas ocasiones decrece o se detiene.

La violencia puede estar dirigida hacia cualquier persona que conforme el grupo familiar, por lo general ésta se encuentra dirigida hacia las personas más vulnerables: niños/as, mujeres y adultos/as mayores.

La Organización Panamericana de la Salud¹⁹, la define como *“el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*.

La definición usada por la Organización Mundial de la Salud vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como son la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras.

En las Américas, la violencia intrafamiliar afecta a una de cada tres mujeres²⁰.

Es posible prevenir la violencia y disminuir sus efectos con la implementación de diversas políticas asistenciales/preventivas.

La prevalencia tan significativa de la violencia intrafamiliar constituye un serio problema de salud pública, un obstáculo oculto para el desarrollo socioeconómico y una violación flagrante de los derechos humanos.

¹⁹ Primer Informe mundial sobre la violencia y la salud, Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

²⁰ WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/EHA/ SPI.POA.2).

En relación con el impacto de la violencia en la salud, la violación y la violencia doméstica aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva.

Además de heridas, hematomas, fracturas, pérdida de capacidad auditiva, desprendimiento de la retina, enfermedades de transmisión sexual, abortos e incluso femicidios, las mujeres blanco de la violencia pueden padecer de estrés crónico y, como consecuencia, de enfermedades tales como hipertensión, diabetes, asma y obesidad.

Frecuentemente, como resultado del abuso tanto físico como psicológico, las mujeres sufren dolores de cabeza en forma crónica, trastornos sexuales, depresiones, fobias y miedos prolongados²¹.

Asimismo, las mujeres afectadas por la violencia se caracterizan por tener una muy baja autoestima que afecta directamente su comportamiento, su productividad en el trabajo, su capacidad para protegerse, para buscar ayuda y denunciar su caso²².

La violencia intrafamiliar implica además una restricción a la libertad, la dignidad y el libre movimiento y, a la vez, una violación directa a la integridad de la persona²³.

Muchas de las manifestaciones de la violencia intrafamiliar son, de hecho, formas de tortura, de encarcelamiento en la casa, de terrorismo sexual o de esclavitud. Desde esta perspectiva, la violencia intrafamiliar representa una violación de los derechos humanos de las mujeres afectadas²⁴.

²¹ Larraín, Soledad y Teresa Rodríguez. 1993. "Orígenes y Control de la Violencia Doméstica contra la Mujer. En Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 54.

²² Paltiel, Freda L, "La Salud Mental de las Mujeres en las Américas". En Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No.54.- 199.

²³ En la Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, se reconoció por primera vez en la historia a la violencia intrafamiliar contra las mujeres como una violación de sus derechos humanos.

²⁴ CEFEMIN-. Mujeres Hacia el 2000: Deteniendo la Violencia. San José, Costa Rica: Programa "Mujer No Estas Sola, CEFEMINA; Shrader Cox, Elizabeth, "Developing Strategies: Efforts to End Violence Against Women in Mexico." En Freedom From Violence. Women's Strategies from Around the World. Edited by M.Schuler. New York: OEF International, 1994. 55

Una de las características principales de la violencia intrafamiliar es su invisibilidad, y el amplio sub-registro de los casos en las instituciones públicas contribuye a esta invisibilización.

Todos estos factores conducen a que muchas mujeres afectadas se vean imposibilitadas o se nieguen a denunciar la violencia de la que son objeto.

Las instituciones prestatarias de servicios, en general no cuentan con sistemas de detección y registro apropiados, lo que oculta aún más este serio y extendido problema social.

La falta de registros, a su vez, lleva a diagnósticos, políticas de prevención y modelos de atención no adecuados para responder a las necesidades de las mujeres afectadas y a la complejidad y magnitud de la violencia intrafamiliar.

Existen delitos no visualizados porque existe un subregistro dentro de los organismos de seguridad/judiciales.

El problema de la violencia intrafamiliar es de tal complejidad que su solución requiere de políticas y acciones coordinadas estratégica e intersectorialmente con la participación tanto del Estado como de la sociedad civil. En este contexto son de fundamental importancia los sectores salud, normativo (judicial-legal-policial), educativo y no gubernamental.

Cada uno de ellos tiene un papel crucial que jugar en la detección, registro, atención y prevención de la violencia intrafamiliar y en garantizar los derechos de las afectadas.

Dentro del campo de nuestro estudio, adquiere un rol protagónico la Comadre al operar en la cotidianeidad de las mujeres embarazadas. El trabajo en territorio, es una estrategia de acceso a la realidad de la mujer.

Tipos de Violencia Doméstica

La violencia doméstica se manifiesta de diferentes formas, igualmente dañinas

para la integridad física y moral de quien recibe la agresión. Se identifican cinco tipos, según María Cecilia Claramunt²⁵.

- Agresión Física: entendida como cualquier conducta o conjunto de acciones u omisiones que desencadenan en un daño físico interno o externo, e incluso pueden ocasionar la muerte.
- Abuso psicológico: comprende las conductas o acciones que tienen como propósito denigrar, controlar o bloquear la autonomía de otro ser humano.
- Abuso sexual: entendido como cualquier conducta sexual directa o indirecta que ocurra en contra de la voluntad de la otra persona o cuando ella no está en condiciones de consentir.
- Abuso Patrimonial: sucede cuando existe daño, pérdida, negación, transformación o sustracción de bienes valorados, recursos personales originalmente destinados a la satisfacción de necesidades básicas. Este tipo es llamado “violencia económica”, indicando que se manifiesta con más frecuencia al existir la separación o divorcio de la pareja.
- Negligencia o carencia emocional: referida a todo aquel comportamiento que tienda al descuido, desatención y abandono, cuando la persona no pueda valerse por sí misma. Este tipo de violencia se manifiesta sobre todo en las relaciones adulto–niño/a, adultos/as mayores y personas con discapacidad, pero también existe en las relaciones conyugales.

Cualquiera de las manifestaciones puede traer graves consecuencias y aunque suele dársele mayor importancia a los tipos de agresión física, los efectos a nivel emocional y psicológico son realmente graves, provocando cuadros depresivos, descompensaciones psicóticas, ideas suicidas y síntomas psicosomáticos.²⁶

Violencia basada en el género

²⁵ Claramunt, María Cecilia. Opp.

²⁶ Blanco Sáenz, Carlos. Una visión psicodinámica de la conflictividad conyugal. Revista Parlamentaria, dic. 1996.

El concepto Violencia Basada en el Género (VBG) es una noción reciente en las instituciones internacionales. Como mencioné anteriormente, su denominación se origina en la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, celebrada en Viena en el año 1993. Antes de esa fecha el problema fue nombrado de diversas maneras: “mujeres maltratadas”, “esposas golpeadas”, “violencia sexual”, “violencia doméstica” y “violencia contra las mujeres”; expresiones que reflejan los múltiples emplazamientos conceptuales y políticos que el movimiento de mujeres y las instituciones internacionales fueron asignando a la violencia que sucede en el marco de las relaciones entre mujeres y hombres.

En este contexto, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia en contra de las Mujeres se considera un hito por dos razones.

En primer lugar, porque incorporó la noción de VBG y ubicó la violencia contra las mujeres como un fenómeno que vulnera su integridad física, dignidad, libertad y derechos humanos, con lo que se obliga a los Estados a atenderla mediante políticas específicas de prevención, atención, sanción y erradicación.

En segundo lugar, porque el término incorpora los alcances analíticos de la categoría género lo que ofrece visibilidad a un conjunto de dimensiones estructurales, políticas, institucionales, normativas, simbólicas y subjetivas que diferencian y posicionan a las personas según el sexo, la clase social, la edad, la pertenencia étnica y la orientación sexual, y que producen, sostienen o legitiman los actos violentos que se dan en las relaciones interpersonales.

La categoría género devela cómo las relaciones humanas están atravesadas por la construcción simbólica de la diferencia sexual, expresada en una relación jerárquica que coloca a los hombres en posiciones de dominio y a las mujeres en estados de dominación.

Pero las relaciones de género se producen tanto entre hombres y mujeres, como entre los propios grupos de mujeres y de hombres, y se expresan en normas y roles que deben ser cumplidos por ambos grupos.

La perspectiva de género ofrece una mirada novedosa y amplia para abordar las diversas formas y expresiones de la violencia, ya que incluye aquellas que

se presentan entre los hombres, tanto en lo público como en lo privado, y que se promocionan o actualizan a partir de las formas y códigos de la masculinidad hegemónica. Estos códigos juegan un papel muy importante en la reproducción o legitimación de los comportamientos violentos, así como en la resolución de conflictos entre los dos géneros y en las relaciones asimétricas de poder entre los varones.

Efectos y costos de la violencia

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres y los niños son múltiples; además de los costos económicos se deben considerar los humanos y sociales. Los fenómenos que acompañan el comportamiento violento cruzan constantemente las fronteras entre el individuo, la familia y la sociedad. Los costos personales (físicos, psicológicos y sociales) tienen un efecto considerable en términos de inhabilitación de las mujeres, que se manifiesta en una insuficiente participación social, laboral o ambas, una baja productividad y problemas de salud mental. Esto trae aparejado una escasa participación en la adopción de decisiones y en las redes, relaciones interpersonales limitadas, una reducida movilidad geográfica, una débil autoestima y, en general, un deterioro de la calidad de vida de la víctima, que incide en sus posibilidades de elegir y ejercer el control sobre su propia vida y recursos.

La escasa participación de las mujeres violentadas en el plano económico, político y social constituye una barrera para el ejercicio de sus derechos económicos y sociales y, por ende, para el desarrollo económico y social, dado que tiene efectos negativos en el mercado de trabajo, sobre la capacidad de superar la pobreza, el funcionamiento de las instituciones democráticas y el éxito de programas y proyectos costosos.

Semejante erosión del capital social y humano existente en las sociedades, así como su tasa de acumulación, tiene consecuencias negativas multiplicadoras para el desarrollo –incrementa la desigualdad y reduce el crecimiento económico– y para la conformación de instituciones conducentes a un mejor clima socioeconómico.

Además, la violencia provoca gastos económicos importantes en cuidados de salud, que responden a los costos de la atención médica y el valor de los años de vida saludable, a los que se deben sumar los gastos en seguridad y justicia de los sectores público y privado, junto a los costos indirectos en materia de inversión, productividad y consumo.

Disposiciones Internacionales y legislativas en materia de prevención y protección hacia la violencia intrafamiliar

En las dos últimas décadas, el estudio de la violencia familiar tomó interés a nivel mundial. En 1979, la ONU aprobó la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En 1990, la Convención sobre los derechos del niño estableció obligaciones para proteger a las niñas y adolescentes de toda forma de violencia, abuso y explotación sexual.

En 1991, la CEPAL aprobó una resolución sobre mujer y violencia.

En 1993, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena reconoció a la violencia contra la mujer como una violación de los DDHH. En ese mismo año, la ONU hizo una declaración sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer.

En 1994, la Convención de Belem do Pará aprobó la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

Las Conferencias de El Cairo en 1994 y de Beijing en 1995 establecieron objetivos y medidas para el desarrollo de políticas en torno a la violencia contra las mujeres.

En 1996, la OMS definió la violencia de género como una prioridad de salud pública.

La Asamblea General de las Naciones Unidas estableció la primera definición internacional de violencia en contra de la mujer como: “*Todo acto de violencia*

basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

También en ese año, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha recogido con fuerza el tema, definiendo a la violencia de género como una prioridad de salud pública.

La resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud, ha proclamado que la violencia contra la mujer es un tema de Salud Pública y de Derechos Humanos y exhorta a la acción concertada de los gobiernos, estableciendo que dentro de este contexto, son los profesionales de salud los que están llamados, tanto por su propia profesión como por la sociedad y los gobiernos en general, a detectar señales de violencia. Asimismo, promueve la formación de equipos de trabajo que influyan positivamente en lograr disminuir los elevados niveles de violencia.

Legislación en Argentina

En diciembre de 1994 el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación sancionan la Ley 24417, “Protección contra la Violencia Familiar en la República Argentina”. El 2 de enero de 2001 el Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires sanciona la Ley 12569, “Protección contra la violencia familiar”.

En el Art.1 dice *“que se entenderá por violencia familiar, toda acción, omisión o abuso, que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito.”*

En el Art. 2 define que *“Se entenderá por grupo familiar al originado en el matrimonio o en las uniones de hecho, incluyendo a los ascendientes, descendientes, colaterales y/o consanguíneos y a convivientes o descendientes de algunos de ellos”.*

“La presente Ley también se aplicará cuando se ejerza violencia familiar sobre la persona con quien tenga o haya tenido relación de noviazgo o pareja o con quien estuvo vinculado por matrimonio o unión de hecho.” En el Art. 20, inc.4, se dispone “Crear en todos los centros de salud dependientes de la Provincia, equipos multidisciplinarios de atención de niños y adolescentes víctimas y sus familias, compuestos por un médico infantil, un psicólogo y un asistente social con formación especializada en este tipo de problemática. Invitar a los municipios a generar equipos semejantes en los efectores de salud de su dependencia.”

Avanzar en el mejoramiento de la captación, y atención de adolescentes embarazadas en situación de vulnerabilidad, víctimas de violencia familiar y/o con posibilidad de agresión, abandono o negligencia hacia sus hijos, requiere de Políticas Sociales Intersectoriales, es decir acciones de conjunto.

Estrategias y prevenciones

Uno de los enfoques que proporciona esta visión más holística es el Enfoque Ecológico para la Atención de la Violencia instituido por Heise²⁷ a partir de la Teoría del enfoque ecológico multidimensional desarrollado por Bronfenbrenner²⁸. El modelo ecológico de desarrollo, plantea que el desarrollo humano es producto de la interacción del organismo con su ambiente y que la conducta surge en función de este intercambio. El ambiente es importante por la manera en que es percibido por la persona y el desarrollo es comprendido como la forma en que ésta se relaciona, descubre y cambia las propiedades del ambiente.

El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento. Destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción

²⁷ Enfoque adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2003.

²⁸ Urie Bronfenbrenner (Moscú 29 de abril de 1917 - Ithaca (Nueva York) 25 de septiembre de 2005) fue un psicólogo estadounidense que abrió la teoría ecológica sobre el desarrollo y el cambio de conducta en el individuo a través de su teoría de sistemas ambiente que influyen en el sujeto y en su cambio de desarrollo.

de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico más amplios.

Busca establecer las relaciones circulares de los individuos entre sí, las relaciones con su entorno vital y las consecuencias de dichas relaciones.

También busca una explicación etiológica, multidimensional, multifactorial y una intervención interdisciplinaria frente a la problemática de violencia.

Asume en algunos casos, un enfoque eco sistémico para el análisis, pues considera a la familia como un ecosistema o un sistema en interacción, con relación bidireccional y de ajuste mutuo con su entorno.

Este conjunto de individuos en interacción, están involucrados en procesos continuos de interpretación de la realidad, creando pautas de interacción familiar, en donde se pueden producir disfunciones debido a factores provenientes de las relaciones entre padres-hijos, la interacción familiar o el medio ambiente cultural.

Este ecosistema, puede estar en equilibrio en condiciones normales si existe un balance entre los recursos del sistema y los niveles de estrés, de lo contrario pueden encontrarse en inestabilidad ecológica si existen condiciones disfuncionales o un desbalance entre la menor disponibilidad de recursos y los mayores niveles de estrés, produciendo la violencia.

Heise²⁹, enfatiza que existen cinco niveles con los que se abordan las relaciones, condiciones y actores que influyen en el comportamiento violento de las personas y los riesgos que los incrementan.

Este enfoque está compuesto por diferentes niveles y planos. En el primer nivel –microsocial– de las relaciones cara a cara se identifican dos planos: en primer término, los individuos, donde cuentan los factores biosociales que subyacen en la historia personal. En éste se pueden considerar características como la edad, el sexo, el nivel de educación, el empleo o los ingresos. Los factores de riesgo que se deben observar son la presencia de antecedentes de conductas agresivas o de autodesvalorización, trastornos psíquicos de la personalidad, adicciones o situaciones de crisis individual.

²⁹ Heise, Lory, opp.

En el segundo plano cuenta la relación del individuo con su medio ambiente inmediato, es decir, las relaciones más próximas que se dan en la familia de pertenencia, entre cónyuges o parejas y entre las personas que forman el grupo familiar y más cercano de amistades.

Vivir en ambientes familiares violentos, sufrir agresiones de cualquier tipo o gravedad en la familia, o atestiguar la comisión de actos de violencia puede predisponer a las personas a sufrir o a perpetrar este tipo de actos en la adolescencia, la juventud y la vida adulta.

Desde la perspectiva de género son relevantes las formas en que se conciben y practican las relaciones y jerarquías de género entre hombres y mujeres, tanto en las familias como en el círculo de amistades. Como modelos de identidad, el patriarcado y el machismo pautan comportamientos, expectativas y códigos altamente sexistas y discriminatorios para las mujeres, que incorporan o legitiman el uso de diversas modalidades de violencia, tanto entre hombres y mujeres, como entre varones.

La reducción de riesgos en este plano llevaría a incentivar cambios hacia formas pacíficas y de convivencia familiar y hacia una mayor equidad de género.

En el siguiente nivel –el meso social– se exploran los contextos comunitarios donde se desarrollan los individuos y las familias, así como las relaciones sociales que se establecen en los vecindarios, el barrio, los ambientes escolares y laborales más próximos. Se trata de identificar las características de estos ambientes y determinar la medida en que éstas pueden aumentar el riesgo de ocurrencia de actos violentos o fomentar la cultura de la violencia. Los riesgos pueden estar potenciados por la presencia de conflictos comunitarios derivados del deterioro urbano, el hacinamiento, la penuria económica, el desempleo o la falta de oportunidades de desarrollo educativo y deportivo.

En este nivel, y desde la perspectiva de la violencia basada en el género, es importante observar la presencia de riesgos como el papel de las formas violentas de la identidad masculina hegemónica, sobre todo en la adolescencia y la juventud.

En cuarto lugar está el nivel macro social, que reúne los factores de carácter más general relativos a la estructura de la sociedad. Son factores que pueden contribuir a favorecer un clima que incite o inhiba la violencia, por ejemplo: la impunidad; la posibilidad de adquirir armas fácilmente; la cultura de la ilegalidad; las relaciones o tratos corruptos con agentes de seguridad y de justicia; y la falta de respeto por las instituciones. Todas estas circunstancias se tornan en una especie de capital social negativo o anómico, al propiciar comportamientos colectivos proclives a la delincuencia o, cuando menos, a la desobediencia a la ley.

En este nivel se puede observar el grado en que están institucionalizadas las pautas violentas o las normas que toleran el uso de la violencia. Es decir, la manera en que se han convertido en rutinas o patrones de comportamiento aceptadas en la propia estructura de la sociedad: la violencia es vista, entonces, como algo cotidiano y normal, con lo que se contribuye a su legitimación como práctica generalizada.

En este nivel también es importante identificar en qué medida las intervenciones públicas en materia de seguridad, justicia, salud, educación, empleo, salarios, desarrollo urbano, etcétera, contribuyen sólo a la integración social o sirven también para fortalecer la ciudadanía, la igualdad de género y la no discriminación.

Finalmente se encuentra el nivel histórico (crono sistema), que corresponde al momento histórico en el que se ejecuta el acto de violencia.

Aquí se toman en cuenta las posibles motivaciones epocales de las personas, los grupos o los colectivos sociales para llevar a cabo actos de violencia, así como los factores y elementos que descifran el sentido social y simbólico del uso de la violencia en sus diversas modalidades en el mundo actual. Se señala, por ejemplo, la fuerza que ideologías intrínsecamente violentas como el racismo, el fascismo, el darwinismo social, la homofobia o los fundamentalismos religiosos pueden ejercer para justificar guerras comunitarias, interétnicas, limpiezas raciales, crímenes de odio e, incluso, las

“purgas” contra la delincuencia basadas en razias o ejecuciones en caliente.

Por la superposición y complementación de los factores que se presentan en estos cinco niveles, el Enfoque Ecológico tiene un gran poder explicativo pues permite entender las múltiples causas de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan en las personas, sus relaciones, en la comunidad y en los ámbitos social, cultural e histórico.

En síntesis, el Enfoque Ecológico se sostiene en el análisis de los determinantes y factores de riesgo que impactan en la relación dinámica de las personas con su medio y viceversa, interfiriendo o favoreciendo la transformación recíproca. En otras palabras: ayuda a identificar las raíces de los fenómenos que impiden, retardan o favorecen el clima de violencia, así como los factores que pueden beneficiar su cambio. En este sentido, permite construir referentes conceptuales para comprender las dinámicas de los conflictos familiares y comunitarios, como parte estructural de la violencia social que se vive día a día en los distintos territorios sociales. De esta manera se generan líneas de acción coherentes, en los ámbitos de política pública, que posibilitan crear condiciones para una convivencia sana, pacífica, diversa y tolerante.

NIVELES DE PLANIFICACION DE ESTRATEGIAS

En la planificación de estrategias se toma en consideración una gran variedad de sujetos e intereses.

- A nivel de la familia, los sujetos implicados incluyen a las mujeres, los hombres, los adolescentes y los niños.
- En el ámbito de la comunidad local, se debe establecer la colaboración con diferentes actores, líderes, organizaciones gubernamentales y el tercer sector, los líderes religiosos, los grupos de la comunidad, las asociaciones de vecinos.
- En la sociedad civil, el número de sujetos con los cuales es necesario colaborar abarca los grupos profesionales, las

- organizaciones femeninas y masculinas, las ONGs, el sector privado, los medios de comunicación, el mundo académico, y los sindicatos.
- A nivel estatal, las estrategias deben ser diseñadas en colaboración con el sistema de la justicia penal (la policía, la judicatura y los abogados); el sistema sanitario; el parlamento nacional; los organismos legislativos provinciales; y el sector educativo.

La violencia doméstica es un problema que toca aspectos de la sanidad, el derecho, la economía, la educación, el desarrollo y los derechos humanos. Es necesario elaborar estrategias que funcionen en una gran variedad de campos y según los diferentes contextos en que se deban aplicar. Algunas áreas clave para intervenir son:

- el trabajo de sensibilización y concienciación de la opinión pública.
- la educación para construir una cultura no violenta.
- la formación.
- el desarrollo de recursos.
- la prestación directa de servicios a las víctimas y a los agresores.
- el establecimiento de redes de contactos y la movilización de las comunidades.
- la intervención directa para brindar ayuda a las víctimas a fin de que puedan reconstruir su propia vida.

Toda estrategia o intervención destinada a combatir la violencia doméstica se guía por cinco principios fundamentales:

- prevenir
- proteger
- intervenir a tiempo
- reconstruir la vida de las víctimas
- rendir cuentas de las acciones llevadas a cabo.

El sub-programa Comadres recreó el diseño de una estrategia tendiente a generar participación en las mujeres de los barrios, convirtiéndolas en promotoras de su propio bienestar, significándolas como promotoras de salud y de mejoras en los estilos de vida.

CAPITULO IV- Construyendo redes: la importancia de la participación ciudadana, en la búsqueda de alternativas de transformación de la violencia intrafamiliar.

"Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza, no nos sacan del sub desarrollo, no socializan los medios de producción ni de cambio, no expropián las cuevas de Alí Babà. Pero quizá desencadenen la alegría de hacer, y la traduzcan en actos. Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable"

Eduardo Galeano

Aproximaciones conceptuales

La manera efectiva de abordar la problemática de la violencia familiar es mediante el trabajo en redes de promoción, prevención y asistencia intersectoriales comunitarias y es por este motivo que se decide incorporarlo como capítulo.

Cada comunidad debe potenciar sus recursos humanos, en la búsqueda de mejoras en la calidad de vida.

Como se desarrolló en el capítulo anterior, fue política del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, (Plan Vida y sus sub-programas), aportar mejoras en la vida de los ciudadanos bonaerenses mediante la ejecución activa de esa propuesta.

A partir de aquí, y para un mejor desarrollo del tema trazado en este capítulo, es conveniente precisar que las redes sociales existieron desde que el hombre es hombre, y pareciera ser que son las formas naturales de interacción humana dentro o fuera de sistemas de organización jerárquicos piramidales.

Las redes cumplieron un papel fundamental de mediación socio/organizacional y en la recreación del tejido social en los procesos de mutación histórico/social.

La Real Academia define a las redes, entre sus acepciones, *“como un conjunto y trabazón de cosas que obran a favor o en contra de un fin o de un intento”*³⁰.

La esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes.

El trabajo en red –o en sistemas de redes– remite, por un lado, a una línea conceptual y, por otro, tiene un sentido puramente instrumental o técnico.

El tema de redes ha sido una estrategia que habilita a relacionar las producciones sociales y la subjetividad que en ellas se despliega y, a partir de

³⁰ *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima Primera Edición, Madrid, 1992. Es la acepción 9. El Espasa Calpe (2005) trae otra acepción también apropiada: “Conjunto estructurado de personas y medios con un mismo fin”.

esta concepción, se plantea la necesidad de desarrollar una política de subjetividad.

El concepto de red social, implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva; es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que se poseen. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común.

En principio, y siguiendo a Bourdieu³¹, se considera que *el espacio social está conformado por diferentes campos sociales que se presentan como sistemas de posiciones y de relaciones entre estas posiciones.*

Estas posiciones son relativas e implican la puesta en marcha de un pensamiento relacional. En este sentido, aparece claro que un primer principio de estructuración de prácticas sociales está constituido por la posición ocupada.

Esta consideración es importante, ya que plantea aspectos fundamentales desde la perspectiva de las redes sociales.

Por un lado, al concebir el espacio social como un entramado de relaciones que conforman diversos y heterogéneos sistemas dinámicos y no como algo estático y cuadrículado desde afuera, existe la posibilidad de generar acciones que permitan mantener, ampliar o crear alternativas deseables para los miembros de los colectivos sociales participantes y además cuanto más se abran esas alternativas, más verán los miembros de esas organizaciones sociales que la experiencia de una intervención contribuye a la construcción solidaria de su red y más se verán a sí mismos como participantes reflexivos y no como el objeto social de una "*masa humana*"³².

El concepto de red alude también, a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias

³¹ Bordieu Pierre, "De la regla a la estrategia en Cosas dichas", Editorial Gedisa, Buenos Aires, Argentina. 1998.

³² Dabas, Elina (1993): Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales.- Editorial Paidós. Buenos Aires.

características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes.

Denisse. Najmanovich³³, plantea que los seres humanos convivimos en un universo vincular en evolución y nos relacionamos con él atravesados por la emoción.

Esta consideración es importante desde la perspectiva de las redes sociales, puesto que plantea que los seres humanos convivimos en un universo vincular en evolución y nos relacionamos con él atravesados por la emoción.

La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Esta autora señala que es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otras) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades.

La red como sistema abierto, implica que admite el ingreso y el egreso de las singularidades que lo componen así como la posibilidad de cambios en las funciones que éstas desempeñan. Así alguien que “cura” es en otra situación “paciente”; alguien que enseña puede en otro momento ser alguien que aprende, y a la inversa alguien que deriva pueda luego recibir una derivación contra-referida. Esta característica hace que la red rechace a la compartimentación.

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

Para actuar hoy en los sistemas así establecidos es necesario comprender y

³³ Najmanovich, Denise (1995): De la independencia absoluta a la autonomía relativa, en Dabas, E.

vivenciar esta nueva forma de actuación.

La red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

El vínculo así generado tiene carácter horizontal, de relación entre pares, acotado por los acuerdos normativos que entre ellos establezcan, por fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones a las que pertenecen o puedan pertenecer.

Las redes pueden ser vistas como sistemas, en cuyo caso puede decirse que se trata de sistemas bien definidos ya que tienen una clara finalidad, pero están abiertos en sus límites, quedando a criterio de sus miembros y de los acuerdos que entre ellos establezcan, el dimensionamiento y la conformación última de la red.

Las redes son un *"... grupo de personas miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo a un individuo o a una familia"*³⁴.

Las redes son como una estrategia, al decir de Morin³⁵; la estrategia es un escenario de acción que pueden modificarse en función de las informaciones, de los acontecimientos, de los azares que sobrevengan en el curso de la acción. Dicho de otro modo, la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre.

La red comporta materiales de distinta índole pero su productividad y su creatividad se encuentran más en la consistencia que va adquiriendo a lo largo de sus propios procesos de devenir que en la definición o en la adscripción a una determinada escuela de pensamiento.

La red mostrará su singularidad y su potencia en cuanto consiga reincorporar en nuestra práctica cotidiana no sólo un pensamiento sobre cómo funciona lo

³⁴ Chadi, Marilda. Redes sociales en Trabajo Social. Editorial Espacios. Buenos Aires, 2000.

³⁵ Morin, Edgard (1994): La noción de sujeto, en Fried - Schnitman Dora (comp): Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Editorial Paidós. Buenos Aires.

social, sino también la promoción de acontecimientos que posibiliten procesos novedosos y consistentes de participación y de ejercicio de la solidaridad.

En estos espacios locales de redes, se generan multiplicidad de actores, modalidades participativas que se potencian, formas movilizadoras de la comunidad, que son elementos motores que producen movimientos sociales y políticos locales con creciente presión y mayor control político- social sobre las funciones y acciones del Estado.

Las redes sociales impulsan a los colectivos a pensar sobre los problemas que los aquejan, pero a su vez producen otro movimiento en el sentido inverso: reaccionan como sistema de *impotentización* del propio colectivo. El soporte de la demanda social es actualizada y *presentificada*.

La propia demanda es polidimensional, su soporte específico es la carencia social, la misma demanda es relanzada hacia el campo prospectivo: a) el deber ser, que anuda el proyecto social del colectivo en un sentido de futuro, y b) el elemento utópico, que cristaliza en la inmanencia deseante del colectivo, formas de agenciamiento y creación de dispositivos de acción.

La red permite hablar de relaciones sociales aportando los atributos de contención, sostén, posibilidad de manipulación, tejido, estructura, densidad, extensión, control, posibilidad de crecimiento, fortaleza.

Redes Intersectoriales

En este nivel de constitución de redes, resulta fundamental pensar la complejidad desde donde se considera a la comunidad como elemento fundante para que las redes puedan plasmarse.

Es en la complejidad donde se entrecruzan vínculos, proyectos; conflictos y resoluciones.

La comunidad puede considerarse en dos dimensiones³⁶:

- Como un lugar donde se toma en cuenta el ambiente físico; como un
- conjunto de personas, como una población. Las comunidades se

³⁶ Martín, A., Chacón F. y Martínez M. (1988) Psicología comunitaria, Madrid, Editorial Visor.74

diferencian en el tamaño de la población y en las características sociales de sus habitantes, lo que plantea problemas diferentes en cada caso.

- Como un sistema social. La comunidad como un sistema puede ser considerado como la totalidad de la interacción entre subsistemas (sanitario, educativo, religioso, económico, familiar y de comunicaciones).

Consolidar un trabajo intersectorial, con algunos denominadores comunes, como organización, interrelación, coexistencia, integración, funcionalidad, conciencia de identidad, y alguna común direccionalidad en acciones colectivas, son desafíos para mejorar condiciones de vida.

Poner en funcionamiento redes intersectoriales aparece como uno de los niveles más complejos de alcanzar pero también como uno de los de mayor proyección en el momento de considerar su impacto. Este ha sido el objetivo del Plan alimentario vida.

Red plan más vida

Esta red se constituiría en un punto de apoyo en el momento de elaborar estrategias de trabajo y/o de resolución de problemas a nivel de cada barrio y cumpliría una importante función de articulación, es decir de reconstitución del tejido social lesionado.

Ello implicó una nueva modalidad de funcionamiento y por ende un cambio en la estructura de pensamiento que tiende hacia formas más flexibles, abiertas y con mayor horizontalidad que rescatan la solidaridad como valor social.

Trabajar en red implicaba un intercambio permanente de experiencias, de información que promoviera el desarrollo de acciones conjuntas, una actitud de colaboración permanente.

La articulación con las instituciones comunitarias fue, como se señaló, una de las estrategias establecidas para la constitución de la red, siendo las unidades sanitarias, las instituciones sobre las que, desde el Plan, se priorizaba la

necesidad de articular acciones, a partir de la incorporación de la manzaneras y comadres a los equipos de salud.

Estos actores sociales operarían como nexo entre las necesidades que en materia de salud tenían las familias del barrio y los profesionales, fortaleciendo una red en la atención materno infantil. La red tendría como objetivo que los niños fueran llevados a los controles y fueran vacunados, que las mujeres embarazadas se realizaran los controles correspondientes y que los grupos más vulnerables concurrieran a las unidades sanitarias como medida preventiva.

Sin embargo, desarrollar el componente sanitario en cada distrito implicó que los diferentes actores involucrados en su organización revisaran algunos conceptos, para que a partir de su discusión, pudieran planificar acciones que permitieran la articulación de la asistencia sanitaria con la real demanda de la población. Este proceso de construcción conjunta solo podría llevarse a cabo teniendo en cuenta las posibilidades y recursos con que contaba cada comunidad.

Participación social en el marco de las redes sociales

El individuo no forma parte de una comunidad, sino de múltiples comunidades, con marcos organizativos específicos, en donde la red adquiere relevancia.

La participación y la inserción social podrían entonces medirse por estas interacciones, de ahí la convicción de la utilidad de la red.

La red es un reconocimiento en la interacción, una elección y un proceso social, una intencionalidad y un hecho, una preservación de la decisión individual en un contexto social, un interés compartido, lo que implica permanencia, totalidad, unidad de objetivos o comunidad de propósitos.

En la construcción de redes sociales, la tarea de consolidar esas redes es una contribución al refuerzo de identidad de los miembros de la sociedad, estratégica en el nivel individual y social, pues es la vía para construir una mayor integración social; para reducir el marginamiento y la exclusión.

La participación en redes sociales está orientada a la resolución de problemas y a la satisfacción de necesidades. Toda intervención en redes dirigida a su construcción y consolidación debe ser conceptualizada, como un aporte a la participación social. La participación es estratégica, porque tiende a la búsqueda de acuerdos y la conformación de alianzas tras intereses compartidos, aunque sean circunstanciales.

La participación referida a lo micro, a lo localizado, a lo acotado socialmente, provoca cambios incrementales, sin apuntar a la reestructuración del sistema.

La participación activa de algunos de los miembros de la red en la comunidad social de pertenencia puede restituir, en parte, el lugar social perdido. Esto abriría otros canales de relación y aumentaría así el campo de posibilidades.

La participación permite procesos de reflexión y redefinición de las relaciones sociales, ayudando a la reducción de la desigualdad del poder, que está más allá de ser delegada o representativa de un grupo.

La participación social presupone una relación de cambio en los lugares de gestión de lo social, y que esta vinculación parta de un supuesto que se plasme en las prácticas educativas.

Redes de prevención y atención para abordar la violencia familiar

Las redes constituyen una estrategia importante en la lucha contra la violencia intrafamiliar. Las instituciones y organizaciones al unir sus capacidades, aseguran mecanismos de coordinación para enfrentar el problema, planifican participativamente, programan y ejecutan soluciones en forma conjunta.

Estas redes son el conjunto de organizaciones de la comunidad e instituciones de diferentes sectores como: Salud, Educación, Policía, Jurídico-Legal y otros, que unen esfuerzos para desarrollar actividades con el propósito de prevenir y atender la violencia intrafamiliar.

Son objetivos de estas redes:

- Movilizar los recursos institucionales y comunitarios para promover la toma de conciencia sobre el problema de la violencia intrafamiliar o

- doméstica, promoviendo actividades de información y educación relacionadas con las ventajas de estilos de vida saludables en las familias.
- Contribuir al desarrollo humano, luchando contra las desigualdades entre hombres y mujeres que sustentan el ejercicio de la violencia.
- Desarrollar programas permanentes de prevención y atención de violencia intrafamiliar.

Principios de las redes en el tratamiento de la violencia familiar

Integralidad/multisectorialidad

La violencia intrafamiliar, produce consecuencias en la salud, economía familiar, trabajo, desarrollo personal, calidad de vida familiar y desarrollo general de nuestra sociedad. En el abordaje del problema intervienen diferentes sectores (Salud, Educación, otros), por lo que es necesario unir esfuerzos entre sectores sociales.

Equidad

El trabajo de las Redes, debe ir orientado a disminuir la vulnerabilidad de las personas mayormente afectadas por hechos violentos: mujeres, niños(as), ancianos(as), adolescentes y discapacitados(as).

Información y capacitación

Los integrantes de las Redes, deberán estar sensibilizados, informados y capacitados sobre manifestaciones de la violencia, los factores desencadenantes y sus consecuencias.

Participación social

Al ser la violencia un problema que afecta a todos los miembros de la sociedad, la población deberá intervenir y ser responsable en el análisis de las situaciones, en la propuesta de soluciones, en la negociación de opciones y la ejecución de acciones.

Voluntad política

Los integrantes de las Redes y especialmente los gobiernos locales deben impulsar las acciones contra la violencia, a través de la planificación local y la gestión conjunta con los actores comprometidos.

Las redes conformadas por el Subprograma Comadres, abordaban intersectorialmente la prevención y asistencia de la violencia intrafamiliar.

Ha sido el primer programa diseñado por la Provincia de Buenos Aires, que intentaba asistir a esta problemática de manera integrada. No existió una planificación de los diferentes ministerios del Ejecutivo que realizara el diseño de su ejecución de manera adecuada, tal como se observó en el trabajo de campo de la investigación que acompaña al presente trabajo.

Funciones de las redes en prevención de la violencia familiar

Las redes de acción contra la violencia intrafamiliar se han convertido en una estrategia y una línea de trabajo que nace de la concepción de que la violencia intrafamiliar es un problema social que involucra al conjunto de los sectores, tanto públicos como privados, así como de la sociedad civil, de los organismos de iglesia, de las universidades y, en definitiva, de toda la comunidad para permitir una respuesta global, integral y multidimensional al problema.

La promoción de estilos de vida saludables y prevención de la violencia intrafamiliar, requiere del concurso de las instituciones y organizaciones integrantes de la red, a fin de promover recursos para actividades de sensibilización, información y educación a través de los medios de comunicación, charlas, paneles, ferias educativas y/o materiales educativos e informativos.

Las actividades de prevención de la violencia intrafamiliar deben estar orientadas a:

- Sensibilizar e informar a grupos políticos, profesionales, instituciones y organizaciones comunitarias sobre el problema de violencia intrafamiliar y la resolución pacífica de conflictos.

Sensibilizar e informar a los diferentes sectores sociales sobre prevención de violencia intrafamiliar, con énfasis en los grupos de riesgo (ejemplo: zonas más deprimidas, población con alto consumo de bebidas alcohólicas), a través de diferentes medios e instrumentos didácticos, adecuados.

- Formar recursos humanos multiplicadores para la promoción de la "no violencia".
- Promover la educación sobre estilos de vida no violentos a los escolares, maestros y padres de familia.

La red conformada por el Subprograma Comadres, abordaba intersectorialmente la prevención y asistencia de la violencia intrafamiliar, referenciando principalmente a la mujer embarazada al sistema público de salud, para control del embarazo y atención por el Equipo de Salud, en el caso de detección de violencia familiar

CAPITULO V: TRABAJO EMPIRICO

"De nada valdría un movimiento femenino en un mundo sin
justicia social"

Evita Duarte de Perón

Estrategias De Prevención Hacia La Violencia Familiar En Mujeres Embarazadas Beneficiarias Del Subprograma Comadres.

Para esta etapa del trabajo de tesis se diseñó un proyecto de investigación que se llevó a cabo desde la UNLZ³⁷, y que centró su interés en recolección de datos que permitieran la detección de la violencia familiar por parte de las Comadres, dentro del Partido de Esteban Echeverría³⁸, Provincia de Buenos Aires.

El trabajo de campo fue desarrollado en los barrios donde se implementó el Plan en la 3ra y 4ta etapa: Barrios Montana, Campana, La Morita y Monte Chico.

Los principales interrogantes fueron:

- ¿Pueden las comadres cumplir con la función preventivo /asistencial referida a la detección de la violencia familiar?
- ¿Cuentan estas operadoras vecinales con los recursos suficientes para poder cumplir con su rol?
- ¿Realizan articulación con el Centro de salud del barrio?
- ¿Existen dentro del Programa Más Vida, en el Partido de Esteban Echeverría, las apoyaturas técnicas dentro del Programa para capacitar, asesorar y contener a la comadre en el ejercicio de su rol?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Identificar la capacidad de detección de la Violencia Familiar por parte de las Comadres, en el Municipio de Esteban Echeverría.

³⁷ Malacalza, Susana y Miguel Maria P, Investigación: Detección, por parte de las comadres, de las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad social, con riesgo de violencia familiar, beneficiarias del plan más vida en el partido de esteban Echeverría. Competencias, destrezas y saberes en la detección de la violencia familiar desde la óptica del trabajo social; UNLZ – 2006-2007 Esta investigación fue reconocida por el Ministerio de Educación de la República Argentina, dentro de la Secretaría de Políticas Universitarias.

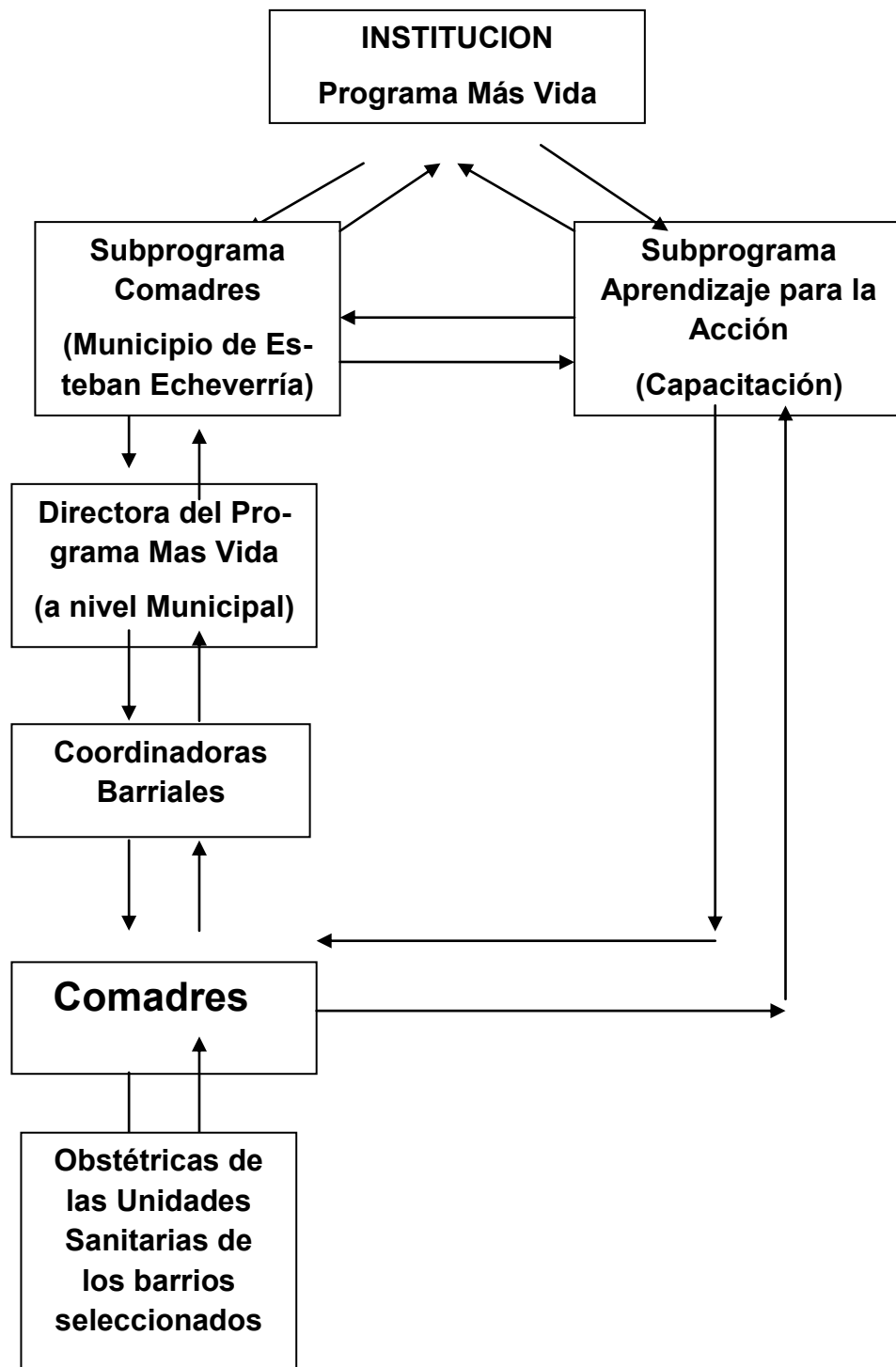
³⁸ Esteban Echeverría es un partido del Gran buenos Aires. Monte Grande es la localidad cabecera de este partido. Son sus localidades: 9 de abril, Canning , El Jagüel y Luis Guillón. 82

Objetivos Específicos:

- Reconocer los dispositivos creados para que la Comadre pueda detectar situaciones de violencia familiar en la población beneficiaria.
- Analizar los diversos subprogramas que integran el Plan Más Vida en el Municipio de Esteban Echeverría.
- Conocer la colaboración que los diversos subprogramas aportan a la Comadre para la Detección de la Violencia Familiar.
- Determinar el grado de conocimiento de las Comadres con respecto a la población que deben asistir.
- Identificar las estrategias utilizadas por las Comadres cuando han detectado situaciones de violencia familiar.

UNIDADES DE ANÁLISIS

Esquema de los niveles de análisis identificados:



UNIDADES DE ANÁLISIS IDENTIFICADAS:

- a) **Institución:** Se refiere al Plan Más Vida, con el Subprograma Comadres y el Subprograma Aprendizaje para la Acción aplicado en el Municipio del Partido de Esteban Echeverría, perteneciente a la Provincia de Buenos Aires.
- b) **Directora del Programa Más Vida (a nivel Municipal):** Agente municipal encargada general de gestionar el Plan a nivel municipal.
- c) **Coordinadoras Barriales:** Son agentes municipales encargadas de dirigir a las comadres barriales, para el logro de la implementación de los objetivos del subprograma.
- d) **Comadres:** La Comadre es una mujer referente en su barrio que realiza la detección, el acompañamiento y la contención de la mujer embarazada y de los niños hasta los dos años de edad.
- e) **Obstétricas de las Unidades Sanitarias de los barrios seleccionados:** Es el personal de salud, dependiente de la Secretaría de Salud de ese municipio, encargada de realizar la atención primaria a las mujeres embarazadas.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El total de Manzaneras y Comadres que se encontraba operando en el Partido de Esteban Echeverría, dentro del Plan Más Vida y el Subprograma Comadres, era de 1500 actores sociales: 380 eran comadres y 1120, manzaneras.

La muestra seleccionada correspondió a la implementación del Plan Más Vida en su 3ra y 4ta etapa, siendo los barrios seleccionados: Campana, La Morita, Montana y Monte Chico del Partido de Esteban de Echeverría (Provincia de Buenos Aires).

Se investigó a los actores sociales que fueron considerados relevantes para detectar y asistir en la problemática de la violencia familiar en función a la población beneficiaria atendida.

TÉCNICAS EMPLEADAS

Se aplicaron en este tramo de la investigación entrevistas semi-estructuradas y encuestas formuladas a los distintos actores sociales: Directora del Programa Mas Vida (a nivel Municipal); Coordinadoras Barriales; Comadres y Obstetras de las Unidades Sanitarias de los barrios seleccionados.

Se indagó sobre el conocimiento del Subprograma Comadres y el Subprograma Aprendizaje para la Acción, pertenecientes ambos al Plan Más Vida, en relación con el conocimiento aportado para detectar situaciones de violencia familiar en la población beneficiaria de dichos subprogramas.

Por otro lado, se investigó sobre la vinculación que estos actores tienen entre sí.

También, en cuanto a la aproximación al campo, se utilizaron las técnicas de entrevistas semi-estructuradas, encuestas y observación para la descripción de los espacios barriales seleccionados, en tanto que se lograron los objetivos diseñados. Los principales temas abordados fueron:

- La implementación del subprograma Comadres en relación con los barrios de sectores populares.
- Las estrategias de solidaridad y códigos de comunicación compartidos en función de la ayuda que se le brinda a la mujer embarazada en relación con la realización periódica de los controles médicos correspondientes.
- La referencia de las Comadres con el primer nivel de atención sanitario municipal.
- La articulación del Subprograma Comadres en la detección de casos de violencia familiar dentro de la población destinataria.
- El ajuar como un incentivo para que la mujer embarazada se incluya y participe activamente dentro de los objetivos del subprograma.

Problemas presentados durante la ejecución del proyecto

Cambios en la Dirección del Plan Más Vida, a nivel municipal, lo que generó las siguientes consecuencias:

- Implementación de estrategias para la aceptación de la realización de esta investigación en el Partido de Esteban Echeverría.
- Generar nuevas vinculaciones y códigos de confianza con los nuevos actores sociales intervinientes.
- Insumo de mayores tiempos para poder arribar a los objetivos diseñados.
- Reformulación de nuevas significaciones para lograr acuerdos y consensos.
- Limitación de información referida a la ejecución y evaluación del Plan Más Vida, dentro de este Partido.

Cambios de Coordinadoras Barriales, esto repercutió en:

- Falta de información y acceso a los insumos necesarios para el desarrollo de nuestra investigación.
- Poco tiempo en la construcción de un vínculo confiable para poder operar con ellas.
- No contaban con legitimidad ante las comadres, generando poco poder de convocatoria.

Hallazgos del trabajo de campo

La conducción de la gestión general a nivel municipal del Plan Provincial Más Vida fue ejercida por un solo miembro, que residía dentro del mismo Partido donde se ha hecho esta investigación; la antigüedad en esta función era de un año, pero había desarrollado durante 10 años otras funciones en el Municipio dentro de este Plan.

La dirección general era desarrollada por un profesor de la Educación Física.

El Director realiza actividades de orientación, capacitación y tareas administrativas y otras planificadas con las jefas zonales. No contaba con capacitación en gestión. También, se relacionaba con las áreas de Salud y de Desarrollo Social (Minoridad y Familia del Municipio de Esteban Echeverría).

Dentro de sus funciones diseñaba encuentros recreativos, fiestas, caravanas de reyes, el día del niño y el de la primavera, en respuesta a la solicitud de las manzaneras, porque creía que estas actividades estimulaban los vínculos y relaciones entre los pares de su equipo.

En relación con el conocimiento de los recursos comunitarios de esa zona para tratar la problemática de las mujeres víctimas de violencia familiar, consideraba que el área de Minoridad y Familia del Municipio era la capacitada para abordar esa problemática, y que la Comadre debía referenciar a esa área a la población detectada. Reconocía que no existe un dispositivo creado para dar respuestas. También desconocía el grado de incidencia de Violencia Familiar dentro de los barrios que estaban bajo su dirección. El Director General no pudo precisar si era la Comadre o qué referente barrial o vecino, el que primero detectaba la problemática de violencia.

Las consultas más comunes que les hacían las comadres a sus coordinadoras, en función a su criterio, estaban relacionadas con los temas de violencia familiar, y consultas ante pedidos de mercaderías, emergencias, chapas, creación de huertas, donde realizar deportes, fomento de colonias de vacaciones y realización de caravanas festivas.

En relación con la articulación que realizaban las comadres con el primer nivel de atención en salud, esta vinculación se daba solo con las obstétricas.

Con respecto al conocimiento/habilidades/destrezas y saberes que tenían las comadres en la detección de la Violencia Familiar, no reconocía ningún saber propio producido por las experiencias vitales y comunitarias. Consideraba que las capacitaciones que había recibido este actor social eran insuficientes para poder detectar esta problemática.

En referencia al Subprograma Aprendizaje para la Acción, este actor social afirmó que solo se implementó una capacitación en el año 2004, en el barrio

San Ignacio perteneciente a la localidad de El Jaguel, abordando los siguientes temas: el juego de la Familia, el vínculo de la Familia, insumos administrativos para poder implementar el Plan, calendario de vacunación en niños y en mujeres embarazadas, lactancia materna, cuidados para la mujer en el pre y postparto.

Con respecto a los ajustes que debían darse para el Subprograma Comadres consideraba a los siguientes:

- Mayor rol protagónico dentro del Subprograma.
- Articulación efectiva con el área de Salud.
- Implementación desde el Ministerio de Educación, del Subprograma Aprendizaje para la Acción, dentro del ámbito donde se desarrolla el Plan Mas Vida.
- Fortalecimiento de redes locales en capacitación.

Con respecto a Coordinación de Comadres:

La cantidad de entrevistas y encuestas aplicadas a Coordinadoras fueron dos (una de ellas coordina los barrios: Campana, Montana y Monte Chico, y la otra coordina el barrio de La Morita.

La edad promedio de ellas era de 44 años; su antigüedad promedio en la función de 2 meses y 1/2.

Con respecto a las actividades que desarrollaban el 75 % manifestaban realizar una reunión mensual con manzaneras y comadres; mientras que el 25 % refirió coordinar, informar a las manzaneras y comadres.

El 100 % informó haber participado de capacitaciones realizadas a través del Plan Más Vida y reconoce (el 100 %) realizaba un trabajo básico administrativo para el Programa.

Respecto a otras actividades que efectuaban las Coordinadoras barriales, el 75 % expresó participación en la comunidad para organizar eventos recreativos para niños; mientras que el 25 % afirmó realizar caravanas de Reyes, actividades extra programáticas en las escuelas, huertas, entrega de chapas y

acción social

El 100 % desconocía la incidencia de Violencia Familiar en mujeres embarazadas del barrio que coordinaba.

En cuanto a la consideración de quien debería realizar primero la Detección de la Violencia Familiar en mujeres embarazadas, el 75 % opino que era la manzanera (a veces, la comadre) y que este trabajo debía realizarse en conjunto por el conocimiento que ambos actores tenían del territorio y por lo problemático y la complejidad del tema; mientras que el 25 % opinó “yo pienso que es la manzanera y luego le avisa a la comadre”.

En relación con las acciones que realizaba la comadre cuando detectaba esta problemática, el 75 % trataba de comunicarse con las coordinadoras y el 25 % de las comadres las derivaban a la comisaría y les aconsejaba a las mujeres como actuar.

En el transcurso del año 2006-2007, solo habían detectado 5 casos de Violencia Familiar por parte de las comadres (2 %).

En relación con la contención y sostén de la Mujer Embarazada, víctima de Violencia Familiar, el 75 % consideraba que las manzaneras eran las que las orientaban y debían acompañar a las mujeres al hospital y que eran muy comprometidas con su trabajo; mientras que el 25 % afirmaba que era el Trabajador Social el que debía abordar y referenciar a la mujer por ser un profesional capacitado.

Con respecto a las consultas mas comunes que le hacían las comadres a su coordinadora, el 75 % afirmaba estar referidas a cuestiones administrativas, planillas y casos con problemas; mientras que el 25 % relacionadas al tiempo de ingreso al ajuar y como llenar planillas.

Con respecto a la relación de la coordinadora con el equipo de salud de la Unidad Sanitaria del barrio, solo el 75 % se relacionaba con la obstétrica.

El 75 %, con relación a los saberes y destrezas que tienen las comadres, consideraba que eran la simpatía, el verlas tristes y acercarse, el hablar, el estar, el escucharlas.

El 75 % de las coordinadoras opina que no existe un área específica dentro del Plan Más Vida que oriente, capacite, contenga y asesore a las comadres con respecto al desarrollo de destrezas en la detección y prevención de la Violencia Familiar; mientras que el 25% considera que esa cuestión está fuera del Plan (el sector de Minoridad y Familia).

Con relación a las comadres:

La cantidad de entrevistas y encuestas aplicadas a Comadres ha sido un total de 35. El 67% de las comadres se desempeñaba como ama de casa.

Los barrios de mayor cantidad de comadres halladas resultaron ser La Morita con un 35 % y Monte Chico con el 38%.

El 31 % de la composición familiar de las comadres estaba dado por un promedio de 5 integrantes lo que indicaba un promedio de 3 hijos por familia. El 79 % afirmó tener pareja en convivencia estable.

El 17 % de las comadres tenía un promedio de antigüedad en la función de 8 años.

El 28 % afirmó que el motivo que las llevó a ser comadres fue que les gustaba ayudar a la gente.

El 67% contestó conocer los lineamientos del Subprograma Comadres por las reuniones impartidas desde la Dirección del Plan Más Vida del Municipio de Esteban Echeverría.

El 43% opinó que el rol de Comadre era importante porque orientaba a la Mujer embarazada a realizarse los controles médicos pertinentes.

Entre las actividades que desarrollaba una comadre, el 35% respondieron que visitaban a las mujeres embarazadas, les entregaban las planillas y controlaban si concurrían al médico. Estas actividades eran realizadas conjuntamente con la manzanera en un 59% de los casos, mientras que el 41% informó no trabajar con nadie.

El 31 % opinó haberse relacionado con la manzanera en el aspecto del trabajo en conjunto para el Bienestar de la comunidad.

El 44 % consideró que podían colaborar con ellas capacitándolas para ayudar mejor.

El 67 % aseveró que es la manzanera quien toma el primer contacto con la mujer embarazada. El 67% de las comadres dijo que la información que necesitaban saber de las Mujeres Embarazadas era como transitaba la mujer el embarazo (estado de salud y alimenticio) y si se realizaba los controles médicos correspondientes.

El 52 % opinó que la información que debían darles las Comadres a las mujeres embarazadas estaba vinculada a los controles médicos.

El 85 % de las Comadres afirmaron poder detectar situaciones de violencia en la mujer embarazada, de las cuales el 35 % lo hacía por señales de golpes y/o maltratos psicológicos, el 28 % por haberlas encontrado nerviosas, sensibles e intranquilas; el 22 % a través de verlas tristes, sometidas y cohibidas; mientras que el 15 % opinó no siempre darse cuenta de la violencia familiar.

El 54 % de las Comadres encuestadas definieron a la violencia familiar como el maltrato físico y psicológico hacia la mujer y los hijos; mientras que el resto lo definió como faltar el respeto y degradar al otro (6 %); ignorar e insultar (6 %); menospreciar y desvalorizar (3 %); lviolencia física y emocional por la situación económica (3 %); rechazo físico y psicológico (3 %); y el 3 % aludió a que la violencia ocurría cuando el marido estaba nervioso porque la sociedad es violenta.

El 28 % de las Comadres afirmaron que no es fácil darse cuenta de la violencia en la mujer embarazada, mientras que el resto opinó que se daba cuenta al haber signos físicos (18 %); por expresión de la mujer (21 %); por el ambiente familiar que hay en su casa, cuando las visitan (6 %); y por observación y comentarios del barrio (12 %).

El 25 % de las Comadres manifestaron que hablarían con la mujer embarazada víctima de violencia familiar para que alguien las visite; el 24 % hablaría a la mujer embarazada víctima de violencia familiar para que vaya a la Comisaría de la mujer; el 24 % se lo comunicaría a su Coordinadora para ayudar a la mujer embarazada; y el 12 % dijo tratar de buscar ayuda profesional; mientras

que el resto no sabía como abordar la situación.

El 91 % de las Comadres, en el año en curso (2006-2007) pudo detectar casos de violencia familiar; de los cuales el 49 % opinó no recordar casos de violencia familiar detectados desde el tiempo que es Comadre; y el resto opinó haber detectado un promedio de 2 casos desde el tiempo de ejercicio de su función de Comadre (42 %).

El 53 % afirmó reunirse al menos una vez al mes con la Directora del Plan Más Vida; asimismo el 34 % restante se reunió con su Coordinadora una vez al mes.

El 73 % no reconoció a su actividad como a complementaria con relación al Plan Más Vida, manifestó no haber realizado actividades conjuntas con la Coordinación Barrial.

El 34 % de las comadres consideró que era necesario relacionarse con el Centro de Salud del barrio, afirmó la falta de información que había para la madre y sus hijos; el 24 % aseveró que era fundamental saber sobre métodos de planificación familiar (MPF) y la prevención de enfermedades; y el resto opinó que era necesario saber sobre cuidados de salud y que la atención se dé en forma gratuita (42 %).

En el caso de la vinculación con los Centros de Salud, el 48 % de las Comadres opinó que no se relacionaba con el Centro porque no atendía bien; el 21 % se relacionaba con médicos obstetras, pediatras y ginecólogos y el resto (31 %) lo hacía con diferentes médicos especializados en niños (pediatras), enfermeras y trabajadores sociales pertenecientes a otras organizaciones sanitarias públicas o privadas, ubicadas dentro del Partido de Esteban Echeverría.

En relación con el Subprograma Aprendizaje para la Acción el 18 % de las Comadres respondió que este Subprograma les había aportado temas como la violencia, sida, alimentación, tratamiento médico y vacunación; asimismo el 18 % informó haber recibido temas sobre embarazo, anticoncepción, prevención y desnutrición; el 15 % dijo que aprendió a tratar mejor a la gente y ayudarla; el 12 % opinó haberle aportado temas pero que no los recuerdaban; mientras que

el 37 % aseguró no haberle aportado ningún tipo de conocimiento.

El 46 % de las Comadres dijo que recibieron el apoyo/ayuda de conocimiento del Subprograma Aprendizaje para la Acción al menos dos veces al año; mientras que el 54 % de la población entrevistada aseguró que en ese año (2006) no había tenido ningún encuentro de capacitación correspondiente al Subprograma Aprendizaje para la Acción.

Con relación a las obstétricas:

La cantidad de entrevistas y encuestas aplicadas a obstétricas han sido 2, de las cuales, las Unidades Sanitarias de Montana y Monte Chico contaban con el trabajo permanente de una de estas obstétricas, y la Unidad Sanitaria de la Morita, de la otra. Dejamos expresa referencia que el Barrio Campana no contaba con Centro de Salud.

Los barrios que tenían Unidades Sanitarias con obstetricias eran los siguientes: Una Unidad Sanitaria en Monte Chico (33 %); una Unidad Sanitaria en Montana (33 %) y una Unidad Sanitaria en La Morita (33 %). El barrio Campana carecía de Unidad Sanitaria. La edad promedio de las obstétricas (parteras) por Unidad Sanitaria era de 41 años, y la profesionalización de estas, Obstetricia (100%), había sido realizada en Universidades Nacionales.

Con respecto al tiempo desde la graduación universitaria era de 9 años en el 67 %; mientras que el 33 % de 24 años.

Con relación a las actividades asistenciales y preventivas que las obstétricas realizaban, el 67 % afirmó que realizaban control del embarazo y puerperio; el 33 % control prenatal de atención primaria de la salud en área de obstetricia.

El 67 % de las obstétricas trabajaba en forma conjunta con el ginecólogo de la Unidad Sanitaria; mientras que el 33 %, trabajaba en forma conjunta con administrativas, enfermeras y tocoginecóloga.

Las tareas específicas que realizan las Obstétricas eran 33 % diagnósticos de embarazo, atención de algún caso de patología, y las tareas administrativas para conseguir los turnos con tiempos coordinados; el 67 % de las actividades

realizadas correspondían a entrega de leche, medicamentos, control de embarazo, de peso, tensión arterial, medicación Inyectable, temperatura, PAP ginecológicos.

El 100 % de la población entrevistada había manifestado conocer el Plan Más Vida.

En atención a la relación con los efectores a nivel Provincial o manzanas de este Plan, el 33 % expresó que no se relacionaban, en cambio, el 67 % articulaban su trabajo con las comadres porque son las que captan algunas pacientes.

En relación con las mujeres atendidas por las obstétricas en los centros de salud seleccionados, el 33 % de las obstétricas desconocía si eran beneficiarias del Subprograma Comadres, en cambio, el 67 % conocía a la población beneficiaria.

Con respecto al Subprograma Comadres, el 33 % no lo conocía, mientras que el 67 % lo conocía.

El 33 % de los agentes de salud entrevistados expresó que la violencia era un desorden psíquico de quien lo realiza, por falta de alcohol o drogas, o por la historia familiar; mientras que el 67 % afirmó que era cuando comienza a faltar el respeto hacia la otra persona y esto se traducía en traumatismos emocionales, físicos y psicológicos.

CONCLUSIONES

El Plan Vida desde su formulación y ejecución propició la participación de la mujer para la conformación de redes barriales solidarias. Esta participación fue pensada como una herramienta que colaboraría en la organización de los vecinos del barrio, apuntando a la generación de prácticas autogestivas. A su vez, el diseño del Plan, proponía que desde los niveles político-técnicos locales deberían generarse dispositivos que permitieran aprovechar y fortalecer los saberes, prácticas y niveles de organización y participación social preexistentes en la comunidad, con el fin de favorecer el crecimiento de su capital social.

La incorporación de las mujeres como partícipes en la puesta en marcha del programa determinó un giro en el modelo de gestión en la implementación de programas sociales. El diseño del Vida, a través de la constitución de la red fue una invitación a cambiar el lugar de asistido en el que son colocados los beneficiarios por un lugar de protagonismo.

El Programa Vida y sus subprogramas respondían a la premisa que desde las políticas sociales se establecía, de valorizar el vínculo entre las instituciones del estado, la comunidad y las organizaciones locales. La valorización de estos tres aspectos llevó a que el programa generara estrategias que apuntaban a incrementar las destrezas y capacidades de las mujeres y a través de ellas, como ejecutoras directas en el barrio, fortalecer y consolidar las organizaciones barriales a partir de la participación de todos los vecinos.

Dentro de estas destrezas, el subprograma Comadres era el encargado de aportar elementos para la mejora de la calidad de vida de las mujeres embarazadas. Fue objetivo de esta política social, sensibilizar a las mujeres de los barrios para que asumieran un compromiso social, ser referentes “comadres” y actuar en la articulación de las políticas de salud y de desarrollo social a nivel territorial. Se enfatizó la prevención y asistencia ante las problemáticas de salud, y de violencia intrafamiliar.

Las redes conformadas por el Subprograma Comadres, abordaban intersectorialmente la prevención y asistencia de la violencia intrafamiliar, tal como se mostró en la investigación en el capítulo anterior.

Como se mencionó, la investigación permitió conocer la detección por parte de

las Comadres, de situaciones de violencia en las mujeres beneficiarias del Plan Más Vida, como también poder descubrir las competencias, destrezas y saberes en la detección de la violencia familiar desde la óptica del Trabajo Social.

El estudio citado permitió precisar la evaluación de algunos aspectos de los subprogramas abordados (Comadres y Aprendizaje para la Acción).

Es de destacar que las mujeres estudiadas habían planteado la necesidad de recibir capacitación específica en esta temática para poder ayudar mejor a las beneficiarias del Subprograma.

Deben destacarse también las contradicciones de la política social citada, entre el enunciado y su aplicación, ya que el saber en las Comadres no era valorizado por la Dirección General de Plan Más Vida, ni tampoco tenido en cuenta por las coordinadoras barriales, debido al poco tiempo del ejercicio de su función.

Estas Coordinadoras debían asimilar rápidamente las tareas de control, coordinación y de gestión administrativas propias de la función, provocadas por el nuevo cambio.

Tampoco conocían el barrio con el que debían relacionarse, ni a las beneficiarias del subprograma dentro del barrio, ni a los recursos de esa comunidad.

No contaban con planos geográficos, que permitieran demarcar con precisión las delimitaciones de los barrios a su cargo.

Las Coordinadoras Barriales eran trasladadas por personal estable del municipio de Esteban Echeverría en móviles oficiales; el tiempo de permanencia dentro del barrio no dependía de la programación que realizaran ni de las necesidades reales que presentaran las mujeres embarazadas, sino que las Coordinadoras se encontraban condicionadas a los tiempos previstos por otra área municipal. Esto indicaba falta de articulación entre las áreas municipales, falta de conciencia en la necesidad –por parte de la Dirección

General del Plan Más Vida a nivel municipal– de destinar los tiempos y recursos necesarios para dar respuestas a las necesidades de la población beneficiaria de este Subprograma.

Con relación a la vinculación con los Centros de Salud Municipales, ha existido falta de articulación entre las Comadres y los efectores directos de salud.

Por ello, este subprograma no llegó a cumplir con los objetivos diseñados en su inicio.

Con respecto al Subprograma Aprendizaje para la Acción, tampoco existió una adecuada implementación de este Subprograma, la población no recibió ninguna transferencia técnico/metodológica que permitiera poder incorporar elementos para poder así desempeñar su rol.

Se han evidenciado grandes contradicciones en el discurso emanado de los diferentes actores que integran el Subprograma Comadres (Dirección General del Plan Más Vida a nivel municipal; Coordinadoras Barriales, Obstétricas y Comadres) referidos al conocimiento de los lineamientos generales y específicos del subprograma comadres.

No existió una planificación de los diferentes ministerios del Ejecutivo que realizara el diseño de su ejecución de manera adecuada; cada área de gobierno actuó de manera fragmentada.

REFLEXIONES FINALES

Es importante resaltar que las políticas sociales – gestadas e implementadas por el Estado o por organizaciones no gubernamentales– deben tener en cuenta la posibilidad de crear condiciones de empoderamiento de los sectores sociales marginados.

Hemos observado la importancia de lo que significa para las Comadres el desarrollo de su rol y su conquista dentro del espacio comunitario, fortaleciendo aspectos de su identidad desde la perspectiva de género, creando además redes comunicacionales y lazos de solidaridad y confianza.

Este actor social, sigue teniendo un rol decisivo en las mediaciones de la

población con el sistema público de salud.

La comadre, orienta, acompaña y trasfiere su conocimiento, para que las mujeres puedan conocer la importancia del autocuidado de su salud integral y los recursos comunitarios que tienen por objetivo mejoras en la calidad de vida.

Dichas tareas deben ser revalorizadas e identificadas como productoras de valor. Las Comadres cuentan con sensibilidad social y con saberes acumulados en sus experiencias de vida, con relación a códigos aprehendidos, modos de crianza y pueden identificar cuando una mujer embarazada está siendo víctima de violencia familiar, como también pueden medir las consecuencias que la violencia familiar trae aparejada dentro del contexto socio/familiar. Muchas de ellas habían sido víctimas de esta problemática.

Las redes que se construyeron a partir del Programa Más Vida, generaron acciones políticas para cambiar y/o transformar las situaciones que atravesaban los beneficiarios del programa.

La presencia y acción colectiva de la comunidad en red, es decir la participación, se constituye en un ejercicio de empoderamiento comunitario, en tanto expresión del vínculo social, constructor de identidad.

Mediante la participación social, se generan transformaciones en la vida colectiva, reivindicando derechos, construyendo ciudadanía.

La participación de la mujer para la conformación de redes barriales solidarias fue pensada como una herramienta que propiciaría la participación y organización de los vecinos del barrio, apuntando a la generación de prácticas autogestivas, que permitieran mejoras en su salud y acceso a los recursos comunitarios.

Para la realización de estrategias preventivas en salud, se requiere una intervención territorializada en los espacios comunitarios y en los educativos y laborales. Esto supone que las instituciones y organizaciones sociales lleven a cabo estrategias integrales y concurrentes, que contemplen las especificidades de la población-objetivo y que estén direccionadas a las problemáticas específicas de violencia que afectan a la zona.

Las manzaneras y comadres aún siguen desempeñando un rol decisivo en el desarrollo barrial, articulador de las políticas socio/sanitarias.

El acercamiento de estas mujeres a la participación socio/política ha permitido integrar sus saberes y experiencias, ayudando a construir ciudadanía.

BIBLIOGRAFIA

- Ander-Egg, Ezequiel: La política nacional de desarrollo y la significación y contribución de la participación popular por medio del desarrollo de la comunidad. Ediciones Circus, Buenos Aires, Argentina, 1969.
- Andrenachi, Neufeldm y Raggio, L.: “Acerca de los programas y su implementación local”. En elementos para un análisis de programas sociales desde la perspectiva de los receptores. Capítulo 2, Informe de Investigación N° 11. Universidad Nacional de General Sarmiento. Buenos Aires, Argentina. 2001.
- Auyero, Javier: Favores por votos. Estudios sobre clientelismo político contemporáneo. Cuadernos de Manantial, Buenos Aires, Argentina, 2001.
- BANCO MUNDIAL: Informe sobre desarrollo mundial. El Estado en un mundo en transformación. Banco Mundial, Washington DC, 1997.
- Blanco Sáenz, Carlos: “Una visión psicodinámica de la conflictividad conyugal. Revista Parlamentaria, diciembre 1996.
- Bordieu, Pierre: Cosas dichas. Editorial Gedisa, Barcelona, 1998.
- Carcedo, Ana y Zamora, Alicia: Ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia intra familiar: el caso de Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, San José, Costa Rica, 1999.
- Castel, Robert: La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1997.

- CEFEMINA, Mujeres Hacia el 2000: Deteniendo la Violencia. San José, Costa Rica: Programa "Mujer No Estas Sola, CEFEMINA, 1994.
- CEPAL; "Principios de la Política Social y la Lucha contra la Pobreza", mineo, Santiago de Chile, 2000.
- Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos: Declaración y Programa de Acción de Viena. Viena, 1993.
- Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano, Provincia de Buenos Aires, Plan Vida, 1994.
- ONU; Convención Internacional de los Derechos de Niños y Adolescentes , 1989.
- Chadi, Mónica: Redes sociales en el Trabajo Social. Editorial Espacio, Buenos Aires, 2000.
- Chacón, Martín A.; Chacón F. y Martínez M.: Psicología comunitaria. Editorial Visor, Madrid, 1988.
- Dabas Elina: Red de Redes. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1993.
- Duhalde, Hilda: El Plan Vida: Una experiencia donde la solidaridad es el eje de la política social. Editorial Temas, Buenos Aires, Argentina, 2002.
- Evans, Meter: "El Estado como problema y como solución". En Revista Desarrollo Económico, Vol. 36, Nro. 140 (enero - marzo), Buenos Aires, 1996.

- Fernández Leiva, Mayra: "Análisis psicosocial del ciclo de agresión contra la mujer dentro del vínculo de la relación conyugal". Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, 1996.
- Giberti, Eva: La mujer y la Violencia invisible. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1989.
- Grassi, Estela: "El asistencialismo en el estado neoliberal. La experiencia argentina de la década del 90". En e-l@tina, Volumen 1, núm. 4, Udisha, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2003.
- Grassi, Estela; Hintz, Susana y Neufeld, María Rosa: Políticas sociales, crisis y ajuste estructural. Espacio Editorial, Buenos Aires, 1994.
- Gutiérrez, Marísa; Nudler, Alicia; Romaniuk, Susana: "Maltrato Conyugal: redes sociales y perspectiva de género". En Revista Costarricense de Trabajo Social (10): 40-49, nov. 1999.
- Heise, Lory: Violencia contra la mujer. La cara oculta de la salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo / Organización Panamericana de la Salud (OPM), Washington, 2003.
- Senado Provincia de Buenos Aires, Informe sobre Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aire 2000.
- Jelin, Elizabeth: Ciudadanía e identidad: las mujeres en los movimientos sociales en América Latina. UNRISD, Ginebra, 1997.
- Lagarde, Marcela; "Del femicidio al feminicidio". En <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/viewFile/8343/89>.

- Larraín, Soledad y Teresa Rodríguez: "Orígenes y Control de la Violencia Doméstica contra la Mujer". En Género, Mujer y Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 54, Washington, DC, 1993.
- Ley 24417: Protección contra la Violencia Familiar en la República Argentina.
- Ley 12569: Protección contra la violencia familiar. Provincia de Buenos Aires.
- Malacalza, Susana y Miguel, María P.: "Detección, por parte de las comadres, de las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad social, con riesgo de violencia familiar, beneficiarias del plan más vida en el partido de Esteban Echeverría. Competencias, destrezas y saberes en la detección de la violencia familiar desde la óptica del trabajo social". Ministerio de Educación de la República Argentina, Secretaría de Políticas Universitarias, Universidad Nacional de Lomas de Zamora, 2006-2007.
- Matus, Carlos: Planificación, libertad y conflicto. Serie Planificación 2000 N° 16, Cuaderno Iveplan, Instituto Venezolano de Planificación. 1985.
- Menéndez, Eduardo: "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado". En Cuadernos Médicos Sociales N° 73, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Santa Fe, 2000.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires: PROMIN - Programa Materno Infantil y Nutrición. 1992.
- Ministerio de Desarrollo de la Provincia de Buenos Aires: Documento

- Base- Plan Más Vida, 2003.
- Ministerio de Desarrollo de la Provincia de Buenos Aires: Estrategia Integral de Cuidado Familiar y Mejoramiento de la Educabilidad. Plan Más Vida, 2003.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires: Programa Social de la Familia Bonaerense: Componente de cuidado infantil- 2 a 5 años. Eva Perón.
- Ministerio de Salud de la Nación: PRANI- Programa de alimentación y Nutrición infantil. 1995,
- Minujin Alberto et al.: Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina. UNICEF/ Losada, Buenos Aires, Argentina, 1993.
- Montaña, Carlos y Barberena, Mariano: Consideraciones sobre Políticas alimentarias. Instituto de Estudios y Formación, Central de los Trabajadores Argentinos, Buenos Aires, 2003. En línea www.cta.org.ar/instituto/politsocial/Intercpolsoc
- Montero, Maritza: Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad. Tramas Sociales, Paidós, Buenos Aires, 2004.
- Morín, Edgard: “La noción de sujeto”. En Fried Schnitman, Dora (comp): Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1994.
- Najmanovich, Dense: “De la independencia absoluta a la autonomía

relativa". En Redes. El lenguaje de los vínculos. Dabas, E. y D. Najmanovich (comp.), Paidós, Buenos Aires, 1995.

- Niremberg, O.; Brawerman, J.; Ruiz, V.: Evaluar para la transformación. Tramas Sociales, Paidós, Buenos Aires, 2001.
- Niremberg, O.; Brawerman, J.; Ruiz, V.: Programación y evaluación de proyectos sociales: Aportes para la racionalidad y transparencia". Tramas Sociales, Paidós, Buenos Aires, 2003.
- Oakley, Peter: Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1990.
- Organización Mundial de la Salud–WHO, Global Consultation on Violence and Health: Violence: a public health priority. Ginebra, (documento WHO/EHA/ SPI.POA.2). Ginebra, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: Primer Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., 2003.
- Paltiel, Freda L.: "La Salud Mental de las Mujeres en las Américas". En Género, Mujer y Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No.54, Washington, DC, 1993.
- PNUD: Informe sobre Desarrollo Humano. Mundi Prensa, Nueva Cork, 1996.
- Poggiese, Héctor: "Prácticas de gestión asociada, contrato social y nuevos actores colectivos". Primer Congreso Municipal de Investigación y Políticas Sociales, Rosario, Argentina, 1997.

- Poggiese, Héctor: "Planificación participativa y Gestión asociada". En Boletín Redes PPGA. Buenos Aires, 2000.
- OMS, El Sistema Sanitario y la Atención Primaria. 1978.
- OPS / OMS: Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas Locales de Salud. OPS, Washington D.C., 1989.
- Robirosa, M., Cardarellig y Lapalma A.: Turbulencia y planificación social. Lineamientos Metodológicos de Gestión de Proyectos Sociales desde el Estado. UNICEF / Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina, 1989.
- Rosanvallon, Pierre: La nueva cuestión social. Repensar el estado de providencia. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1995.
- Sagot, Monserrat: La ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia doméstica intra familiar en América Latina. Estudio de caso de diez países. Organización Panamericana de la Salud. Programa mujer, Salud y Desarrollo, Washington D.C., 2000.
- Shrader Cox, Elizabeth: "Developing Strategies: Efforts to End Violence Against Women in Mexico." En Freedom From Violence. Women's Strategies from Around the World. Edited by M.Schuler. New York: OEF International, 1994.
- Tenti, Emilio: Estado y pobreza, estrategias típicas de intervención. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, Argentina, 1989.
- Testa, Mario: "Atención ¿Primaria o primitiva? de Salud". En Pensar en Salud. Editorial Lugar, Buenos Aires, Argentina, 1989.
- UNICEF: El Estado Mundial de la Infancia. UNICEF, 2001

- Vinocur Pablo: “¿Quiénes son y dónde están? La focalización de programas sociales para la infancia durante la década de los 80”. Ponencia presentada en el Seminario Focalización de Programas de salud y nutrición para niños de bajos ingresos en América Latina, Quito, Ecuador. 1991.
- Vinocur, Pablo y Halperin, Leopoldo: Pobreza y políticas sociales en Argentina de los noventa. CEPAL, División de Desarrollo Social, Serie Políticas Sociales, Santiago de Chile, 2004.

